Die Arbeitskapazität chronisch Schizophrener ohne vorausgegangene Rehabilitationsmaßnahmen.

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Isolde Dommes

Saarbrücken
1973

Aus der Universitäts-Nervenklinik der Universität
des Saarlandes
Direktor: Professor Dr. med. H.-H. Meyer

Die Arbeitskapazität chronisch Schizophrener ohne vorausgegangene Rehabilitationsmassnahmen.

I N A U G U R A L D I S S E R T A T I O N

zur Erlangung der Doktorwürde
der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

1973

vorgelegt von
Isolde Dommes
geb. am 13.12.1944 in Heidelberg

Dekan: Prof. Dr. med. G. A. Jutzler
Referent: Prof. Dr. med. M.-L. Allert

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Die mündliche Promotionsprüfung wurde am 13.11.1973 abgelegt.

Inhaltsverzeichnis

1. Problematik

2. Literaturüberblick

3. Fragestellung

4. Krankengut

5. Methodik

6. Ergebnisse

   1. Festigung der Diagnose Schizophrenie und Daten des Behandlungsverlaufes
   2. Daten, welche Beruf und Ausbildung charakterisieren
   3. Daten, die das Verhältnis zur Arbeit charakterisieren
   4. Daten, die die soziale Stellung charakterisieren

7. Diskussion und Schlussfolgerung

8. Zusammenfassung

9. Literaturverzeichnis

1. Problematik

Eine Krankheit bedeutet immer eine Einschränkung oder den Verlust gewisser Fähigkeiten und Eigenschaften des Individuums. Sie beeinflusst die Persönlichkeit des Menschen meist im negativen Sinn. Endgültig zu entscheiden, ob ein Mensch krank ist und ärztlicher Hilfe bedarf, ist bei psychischen Leiden weitaus schwerer als bei somatischen, da keine morphologisch fassbaren Veränderungen vorhanden sind. Oft ist das erste Symptom einer psychischen Krankheit, wie z. B. der Schizophrenie, die Minderung der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und der gestörte Kontakt zu den Mitarbeitern und zu den Familienangehörigen.

Den Versuch, schizophren Kranke nach einem Krankheitsschub wieder in die Gemeinschaft der Gesunden einzugliedern, nennt man Rehabilitation, und eine geglückte Rehabilitation bezeichnet man als Remission, d. h. eine weitgehende Wiederherstellung des Zustandes vor dem Schub. Ein Gradmesser für den Erfolg der Remission ist die Arbeitskapazität (AK) von Schizophrenen nach überstandenen Schüben. Sie stellt einen Teilaspekt der Remission schlechthin dar. Welche Faktoren die Arbeitskapazität beeinflussen, positiv oder negativ, versuchten in den letzten Jahrzehnten unter verschiedenen Aspekten durchgeführte Untersuchungen zu ergründen.

2. Literaturüberblick

Eine sehr eingehende frühe Studie über das Verhalten von klinikentlassenen Schizophrenen nach überstandenem Schub war die von FULLER (1935) mit dem Titel: " What happens to mental patients after discharge from hospital ? ".
Bei dieser Untersuchung fand FULLER, dass zehn Jahre nach der letzten Klinikentlassung noch 51 % in der Gemeinschaft lebten, 2o % wieder in Anstalten waren und 29 % gestorben waren. Von den Patienten, die in der Gemeinschaft lebten, waren 68 % voll angepasst, der Rest musste von Familie oder Nachbarn versorgt werden.
Eine weitere beachtenswerte Studie war die 1949 von MALANUD et al. veröffentlichte Untersuchung über Patienten mit Involutionspsychosen, die zwischen 1939 und 194o im Worcester State Hospital (USA) behandelt wurden. Besonderes Interesse fand diese Arbeit, weil sie sich fast nur mit den sozialen Gegebenheiten der Patienten befasste.
Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass " einer der wesentlichsten Faktoren, die das Ausmass der Krankheit bestimmen, das soziale Milieu sei, in das die Patienten nach ihrer Entlassung zurückkehren. "
Epidemiologische Untersuchungen, die im Rahmen der in den letzten Jahren stärker in den Vordergrund tretenden Sozialpsychiatrie durchgeführt wurden, so z. B. in den USA durch FARIS und DUNHAM (196o), bewiesen, dass die Häufigkeit der

Schizophrenie dort in signifikantem Zusammenhang mit der Sozialklassenzugehörigkeit steht. Sie fanden eine Häufung der Schizophrenie im dichtbesiedelten Stadtkern und in den Vierteln der unteren sozialen Bevölkerungsschicht. Als Ursache sahen die Autoren die soziale Isolierung dieser Menschen an.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam in Deutschland HÄFNER (1969) mit seiner Mannheimer Studie. Nach seiner Vorstellung ist neben der sozialen Isolierung die, durch die Zugehörigkeit zur niedrigeren Schicht, vermehrte psychische Belastung in der Jugend die zweite Ursache für das gehäufte Auftreten der Schizophrenie in den unteren Bevölkerungsschichten anzusehen.

Auch HOLLINGSHEAD und REDLICH (1958) fanden in ihrer berühmten Untersuchung bei der Bevölkerung von NEW HAVEN in den unteren sozialen Schichten eine weitaus höhere Incidenz von Kranken mit der Diagnose Schizophrenie. Zusätzlich stellten sie fest, dass Schizophrene aus der untersten Schicht länger hospitalisiert, öfter nicht behandelt und häufiger nach langem Krankheitsverlauf von den Behörden eingewiesen worden waren, als Schizophrene, die einer höheren Gesellschaftsschicht angehörten.

HARTMANN (1969) kam bei einer Untersuchung an langjährig hospitalisierten Schizophrenen zu demselben Ergebnis.

Auch bei ihm zeigte sich, dass die langjährig hospitalisierten Patienten ganz überwiegend den unteren sozialen Schichten angehörten. Es ergaben sich bei ihm auch Anhaltspunkte da-

für, dass die Therapie von der jeweiligen sozialen Schicht der Kranken abhing.

In Grossbritannien hatte COOPER (1961) zwar keine Unterschiede in der Art der Behandlung, aber deutlich längere Behandlungszeiten und höhere Unterbringungsraten für die unterste Schicht gefunden.

Obwohl die Ursachen und das Ausmass der Überrepräsentation der untersten Schichten bei diesen Autoren etwas umstritten sind, so stimmen die meisten Untersucher darin überein, dass sich diese Überrepräsentation nicht allein durch ein soziales Absinken infolge der Krankheit erklären lässt (HÄFNER 1971). Es müssen hier noch andere Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.

In England hatten GOLDBERG und MORRISON (1963) die sozialen Schichten der Väter bei der Geburt der Patienten untersucht und mit der übrigen Bevölkerung verglichen. Sie konnten dabei keinen Unterschied zwischen den sozialen Schichten der Väter und dem Bevölkerungsdurchschnitt feststellen, während die untersten Schichten bei den Kranken selbst jedoch überrepräsentiert waren. Diese Autoren führten den sozialen Abstieg der Schizophrenen auf die Krankheit und auf prämorbide Faktoren zurück.

Tatsächlich zeigten fast alle Patienten schon vor Ausbruch der Psychose neurotische Fehlhaltungen oder " die lebenslange Entwicklung des Egopathen. " (KISKER 1968). Der soziale Abstieg im Vergleich zum Vater erscheint so als Ausdruck sozialer Anpassungsschwierigkeiten vor Ausbruch der eindeutig psychotischen Symptome.

BLEULER (1964) drückt das folgendermassen aus: " Die dysharmonische Anlage zur persönlichen Entwicklung schafft eine ungünstige Umwelt; die ungünstigen Umwelteinflüsse auf den ungünstig Veranlagten lassen die Schizophrenie zur Entwicklung bringen."

Für ihn sind Umwelteinflüsse und Damilienbild gleich wichtig.

Auch HÄFNER (1971) fand, dass die Eltern oder andere Familienmitglieder auffallend häufig selbst schon psychisch gestört sind.

Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Schizophrenen und ihren Familienangehörigen zeigten, dass die Krankheit von der Familie häufig gar nicht zur Kenntnis genommen oder als solche erkannt wird (STROTZKA 1965); muss der Patient zur stationären Behandlung so kommt er oft ohne Begleitung eines Angehörigen (JUNGJOHANN 1969).

Er scheint primär also auch in der Familiengemeinschaft in einer gewissen Isolierung zu leben.

Kehren solche Patienten nach einem stationären Aufenthalt in ihren gestörten Familienverband zurück, so kommt es oft schon nach kurzer Zeit zu Rezidiven: Die Patienten realisieren sehr oft ihre Krankheit (BLANKENBURG 1967), sind trotz oder gerade wegen ihrer gestörten Leistungsfähigkeit überaus empfindsam (BISTER 1964, IRLE 1966) und plagen sich mit Selbstunwerterlebnissen; spüren sie die Ablehnung ihrer Familie (WALTHER 1968), so tritt eine erneute Verschlechterung ihres Zustandes ein.

Voneinander abweichende Ergebnisse fand man bei Untersuchungen an ledigen und verheirateten Patienten.
So fanden z. B. GASTAGER (1965), HARTMANN (1969), WALTHER (1968), dass Patienten, die zu ihren Ehepartnern zurückkehrten, weniger rezidivgefährdet sind als Patienten, die ins Elternhaus zurückkehrten.
STROTZKA (1965) hingegen fand bei einer Rückkehr ins Elternhaus eine geringere Rückfallhäufigkeit als bei der Rückkehr zum Ehepartner. Auch RENTON et al. (1963) fanden, dass es leichter sei " als erwachsenes Kind " bei den Eltern zu leben, als die Rolle eines Ehepartners zu übernehmen. Sicher trifft HÄFNER (1969) am ehesten den Kern mit seiner Auffassung, dass eine sehr enge Gefühlsbeziehung, gleich ob zur Mutter oder zur Ehefrau, eine Wiederaufnahme eher begünstige als einen nur losen Kontakt innerhalb der Familie.

Zu gleichen Ergebnissen kam auch GASTAGER (1965): Sowohl Overprotection als auch Ablehnung durch die Familie führen zu einer signifikanten Senkung der Rehabilitationserwartung. Bei einer Untersuchung über die soziodynamische Position innerhalb der Familie fand GASTAGER (1968), dass Patienten in peripherer Position eine signifikante höhere Rehabilitationserwartung haben als Patienten in zentraler Position, da bei ihnen von Anfang an mehr Abwehrmechanismen ausgebildet sind.
Durch die empirischen Sozialwissenschaften bekamen die Be-

mühungen um die Rehabilitation in den letzten Jahren einen neuen Auftrieb. Am Anfang dieser Entwicklung stand die Feststellung, dass Schizophrene, die länger in einem Hospital untergebracht sind, sekundäre psychosoziale Veränderungen entwickeln. Dieser " Institutionalismus " oder " Hospitalismus " scheint um so erheblicher zu sein, je länger die primären Symptome der Krankheit bestehen, je totaler die Institution ist und je länger der Kranke ihr ausgesetzt ist (HÄFNER 1968).

BROWN und WING (1966) verglichen 3 britische Mental State Hospitals, die im Ausmass ihrer soziotherapeutischen Aktivitäten eindeutige Unterschiede aufwiesen. Sie stellten fest, dass die Patienten des am meisten traditionell orientierten Hospitals signifikant am häufigsten schwere Krankheitszeichen, wie Sprachverarmung oder Mutismus aufwiesen. Auch KAYSER (1971) berichtet von einem " Anstaltssyndrom ", das nach 2 - 4-jähriger Hospitalisierung auftritt.

Moderne Rehabilitationsversuche und Modellvorstellungen suchen zur Zeit neue Wege, um durch entsprechende Massnahmen den negativen Sozialprozessen frühzeitig entgegenzuwirken (FRÖSHAUG et al. 1963, HÄFNER 1966, HEINRICH 1969, KULKA 1967, VIEFHUES 1963, WING 1971, WINKLER 1969, ZERSSEN et al. 1969) und um der Forderung, die BISTER (1966) an die soziotherapeutische Aufgabe stellte, näher zu kommen, nämlich " zwischen den aus der seelischen Verfassung des Kranken manchmal verständlichen aber störenden abnormen Verhaltens-

weisen und den im Gegensatz dazu stehenden Einstellungen und Belangen der Mitwelt dem Kranken gegenüber zu vermitteln!"

3. Fragestellung

Bei unserer Untersuchung ging es uns darum, an Hand von katamnestischen Daten nach Faktoren zu suchen, die die A.K. chronisch schizophren Kranker nach überstandenem Schub beeinflussen bzw. zu beeinflussen scheinen, d. h. durch die die A.K. eingeschränkt oder evtl. auch gefördert wird.

4. Krankengut

Die Patienten für diese Untersuchung kamen alle aus dem Haupteinzugsgebiet unserer Klinik, dem gesamten Saarland und dem angrenzenden Teil von Rheinland-Pfalz.
Unser Krankengut bestand aus 107 männlichen Patienten, deren Diagnose Schizophrenie bei einem vorangegangenen Aufenthalt in der Universitäts-Nervenklinik Homburg gestellt worden war. (Siehe Tabelle 7 Seite 19). Sie mussten alle in den Jahren zwischen 1960 und 1968 mehrmals in stationärer Behandlung gewesen sein, davon jedoch mindestens einmal in unserer Klinik.
Nach diesem Kriterium ausgewählt, fanden sich 180 Patienten mit rezidivierenden schizophrenen Schüben, die wir anschrieben und zur Vornahme einer Kontrolluntersuchung in unsere Klinik

baten. Die Nachuntersuchungen führten wir zwischen Juli und Dezember 197o durch.
Elf unserer Briefe kamen mit dem Vermerk " unbekannt verzogen " zurück, neun Patienten waren inzwischen verstorben und 15 Patienten waren zur Zeit unserer Untersuchungen in einer anderen Nervenklinik in stationärer Behandlung. Von 38 ehemaligen Patienten erhielten wir auch bei wiederholtem Anschreiben keine Antwort, so dass uns effektiv nur 1o7 Patienten geblieben sind.

5. Methodik

Für diese Patienten hatten wir jeweils zwei Fragebögen mit zusammen 1o9 Fragen, die wir in drei grosse Gruppen gliederten, aufgestellt. Verschiedene Antworten waren vorgegeben, um die Auswertung zu standardisieren. Der erste Fragenkomplex umfasste die Krankheitsfaktoren mit Fragen über Gesamtdauer der Psychose, psychiatrisches Hauptsymptom, Gesamtverlauf der Psychose, Psychopharmakaeinnahme, Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen, kürzeste und längste Dauer der Behandlung, Therapie bei stationärer Behandlung, Erfolg der Behandlung, Anzahl der Rezidive vor und nach letzter Behandlung, ambulante Betreuung vor und nach letzter Behandlung,

Krankheitsverlauf und Zustandsbild zur Zeit der Nachuntersuchung.

Die zweite Fragegruppe befasste sich mit den Persönlichkeitsfaktoren. Der Patient musste seine prämorbide und seine jetzige Persönlichkeit selbst charakterisieren und feststellen, ob eine Änderung eingetreten sei. Weiter musste er sich dazu äussern, ob er das Gefühl habe, dass seine Persönlichkeitsänderung krankheitsbedingt sei, ob ein Gefühl der Umweltsänderung zur Zeit der Nachuntersuchung bestehe und ob er sich zur Zeit psychisch krank fühle. An Hand eines von uns für diese Frage entworfenen Koordinatenkreuzes prüften wir den derzeitigen psychischen Befund in Bezug auf Belastbarkeit, Kontakt, Affekt und Stimmung. Weiter versuchten wir über Schule, Schulbildung und Schulverlauf sowie über die soziale Schicht des Vaters Auskunft zu erhalten.

Der dritte und letzte Fragenkomplex befasste sich mit sozialen Problemen, wie Zivilstand vor letztem Klinikaufenthalt und zur Zeit der Nachuntersuchung, Art der Wohngemeinschaft und Kontakt innerhalb der Wohngemeinschaft. Wir wollten wissen, ob viele Patienten über Frustrationen in der Ehe bzw. bei Ledigen im Elternhaus klagten.

Auch versuchten wir zu erfahren, wo der Patient aufgewachsen ist und wo er jetzt wohnt, welche Grösse der Wohnraum habe und wie die Wohnverhältnisse selbst seien. Die beiden letzten Fragen waren jeweils aufgegliedert in die Zeit vor Krankheitsausbruch, die Zeit vor dem letzten Klinikaufenthalt

und jetzt zur Zeit der Nachuntersuchung. Wichtig war für uns auch zu wissen, ob sich die Tätigkeit, die berufliche Stellung oder die soziale Schicht im Verlauf der Krankheit verändert hatten. Weiter fragten wir, ob sich das berufliche Niveau verändert habe, ob Beruf- oder Arbeitsplatz gewechselt worden war, wie hoch das Entgeld sei und ob das Einkommen während der Krankheit gestiegen, gefallen oder gleichgeblieben war.
Zum Schluss wollten wir noch wissen, nach welcher Zeit die Arbeit jeweils wieder aufgenommen worden war, wann, wie oft und weshalb sie unterbrochen worden war, wie der Kontakt zu den Arbeitskollegen ist, wie der Patient seine Freizeit verbringt und ob von uns Rehabilitationsmassnahmen eingeleitet worden waren.

Die Antworten wurden auf Maschinenlochkarten übertragen und im Rechenzentrum elektronisch ausgewertet. Hierzu teilten wir unser Patientengut in folgende drei Gruppen ein:

Gruppe I: Patienten, die innerhalb von 4 Wochen nach letzter Klinikentlassung ihre Arbeit wieder aufgenommen haben.

Gruppe II: Patienten, die innerhalb von 6 Monaten nach letzter Klinikentlassung ihre Arbeit wieder aufgenommen haben.

Gruppe III: Patienten, die keine Arbeit mehr aufgenommen haben.

Neun unserer Patienten aus Gruppe III hatten nach mehr als 6 Monaten noch einmal angefangen zu arbeiten, gingen jedoch keiner regelmässigen Tätigkeit nach. Drei von ihnen waren schon Rentner, arbeiteten aber manchmal noch bei Bekannten mit, vier Patienten waren selbständig mit eigenem Geschäft oder Handwerksbetrieb, in dem sie nur ab und zu etwas helfen. Weiter zählte ein Geistlicher dazu, der in seinem Orden lebt und gelegentlich eine Messe liest sowie ein Student, der häufig ein Urlaubssemester einlegen muss und bisher noch kein Examen abgelegt hat.

Die erste Gruppe (I) umfasste 5o Patienten, die zweite (II) 2o und die dritte Gruppe (III) 37.

Danach wählten wir aus den 1o9 Positionen der Fragebögen die für uns wichtigsten 54 aus und liessen, für jede Patientengruppe getrennt, die Fragen erneut im Rechenzentrum auswerten.
Dann fertigten wir Diagramme an und konnten nun die drei Gruppen in allen wesentlichen Fragen untereinander vergleichen.

6. Ergebnisse

6.1. Daten, die die Diagnose Schizophrenie festigen und den Behandlungsverlauf skizzieren.

Die Schwere der Erkrankung lässt sich unter anderem an den Zeitabständen messen, innerhalb derer eine Wiedereinweisung in die psychiatrische Klinik erforderlich war. Wir haben unsere Patienten daher bei der Nachuntersuchung befragt,wie lange der letzte Klinikaufenthalt zurücklag (Tabelle 1). Ein freies Intervall nichtklinischer Behandlung von mehr als 5 Jahren fand sich bei den Patienten der Gruppe I nur bei 28 %, bei der Gruppe II bei 35 % und bei der Gruppe III bei 24,2 %. 69,8 % unserer Patienten mussten sich nach durchschnittlich 3,8 Jahren erneut in stationäre Behandlung begeben.

Tabelle 1

Zeitraum zwischen letzter Klinikentlassung und Nachuntersuchung:

Jahre	Gruppe I (A.A.n. 1 Mon.)	Gruppe II (A.A.n. 6 Mon.)	Gruppe III (keine A.A.)
1	14 %	25 %	8,1 %
2	14 %	25 %	21,6 %
3	16 %	1o %	18,9 %
4	1o %	5 %	13,5 %
5	18 %	o %	13,5 %
6	16 %	15 %	16,1 %
7	6 %	o %	2,7 %
8	6 %	1o %	2,7 %
1o	o %	1o %	2,7 %

Die Altersverteilung innerhalb der von uns untersuchten Gruppen zeigt die Tabelle 2:

Tabelle 2

Jahre	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
1o-19	8 %	o %	o %
2o-29	34 %	35 %	37,8 %
3o-39	3o %	35 %	29,7 %
4o-49	16 %	25 %	24,3 %
5o-59	12 %	5 %	5,4 %
über 6o	o %	o %	2,7 %

Die meisten Patienten befanden sich zwischen dem 2o. und 39. Lebensjahr. In einem Altersabschnitt, in dem der Gesunde in der Regel beruflich besonders aktiv ist.

Die nächste Frage galt der Gesamtdauer der Psychose bis zum Beginn unserer letzten stationären Behandlung.

Tabelle 3

Jahre	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
3-1o	68 %	5o %	48,6 %
11-2o	2o %	25 %	35,1 %
über 2o	12 %	25 %	16,2 %

Bei sämtlichen Patienten lag der Beginn der Erkrankung vor letzter stationärer Behandlung mindestens 3 Jahre zurück. Als Kriterium für den Krankheitsbeginn nahmen wir entweder de n Zeitpunkt der ersten Konsultation

eines Nervenarztes oder den ersten Aufenthalt in einer Nervenklinik. Es gilt sich zu vergegenwärtigen, dass es retrospektiv überaus schwierig ist, einen genauen Zeitpunkt für den Ausbruch einer Psychose zu eruieren. Viele Patienten setzten von sich aus den Beginn mit der ersten stationären Behandlung gleich. Bei genauerem Befragen stellte sich erwartungsgemäss heraus, dass sie schon viele Monate, in vereinzelten Fällen sogar Jahre,vor dem ersten Klinikaufenthalt z.B. früher ungekannte berufliche Schwierigkeiten hatten oder öfter als früher von der Arbeit ferngeblieben waren, ohne dass sie im Nachhinein hierfür stichhaltige Gründe angeben konnten. Bemerkenswert ist, dass der Patient, bei dem der Krankheitsbeginn nachweisslich am längsten zurücklag, nämlich 43 Jahre, zur Patientengruppe gehörte, die innerhalb von 4 Wochen nach der letzten stationären Behandlung die Arbeit wieder aufgenommen hatten. Bei ihm dürften die sozialen Verhältnisse besonders günstig liegen: er ist Einzelhandelskaufmann mit eigenem Geschäft; da die Ehefrau das Geschäft führt, kann sich der Patient je nach Wohlbefinden seine Arbeitszeit einteilen. Nach Aussagen der Ehefrau fühlt sich der Ehemann jedoch sehr häufig unwohl und muss dem Geschäft fernbleiben. Als Arbeitnehmer wäre er wahrscheinlich längst berentet. Immer wieder wird von den Autoren (BISTER 1964, FROSHAUG 1963, IRLE 1966) herausgestellt, dass durch vermehrte Anwendung von Psychopharmaka die Patienten zwar nach kürzerer Zeit wieder aus der Klinik entlassen werden können, dass aber seitdem

auch eine grössere und schnellere Wiederaufnahmerate besteht. Das hat zu dem Begriff von der " Drehtürpsychiatrie " geführt. (HAASE).

Wir untersuchten, wie oft unsere Patienten vor der letzten stationären Behandlung schon in der Klinik waren ,(Tabelle 4) wie lange der letzte stationäre Aufenthalt gedauert hat (Tabelle 5) und wie häufig sie danach der stationären Behandlung bedurften. (Tabelle 6)

Tabelle 4

Anzahl der stationären Aufenthalte vor letzter Behandlung hier:

Anzahl	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
1	38 %	25 %	35,1 %
2	36 %	35 %	16,2 %
3	12 %	3o %	27,o %
über 3	14 %	1o %	21,6 %

Tabelle 5

Dauer des letzten stationären Aufenthaltes:

Anzahl in Wochen	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
o-4	48 %	35 %	43,2 %
5-9	44 %	55 %	37,8 %
über 1o	4 %	5 %	16,2 %
nicht abklärbar	4 %	5 %	2,7 %

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug bei der Gruppe I 4,9 Wochen, bei der Gruppe II 5,5 Wochen und bei der Gruppe III 6,1 Wochen.

Tabelle 6

Zahl der stationären Aufenthalte nach der letzten Behandlung hier:

Anzahl	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
o	64 %	o %	73,o %
1	2o %	25 %	13,5 %
2	8 %	35 %	1o,8 %
3	4 %	3o %	2,7 %
4	o %	5 %	o,o %
5	2 %	o %	o,o %
mehr als 5	2 %	5 %	o,o %

Die niedrigste stationäre Behandlungsfrequenz weist die Gruppe III auf, die höchste jene, die ihre Arbeit innerhalb eines halben Jahres nach der letzten Klinikentlassung wieder aufgenommen hat (Gruppe II).

Wir nahmen in unser Untersuchungskollektiv nur Patienten auf, deren Diagnose in unserer Klinik gestellt und durch den Krankheitsverlauf gesichert worden war. Als Grundlage diente uns das in der Klinik angewendete Diagnoseschema.

Tabelle 7

Diagnose bei Entlassung:

Diagnose	I	II	III
simplex Form	22 %	lo %	13,5 %
hebephrene Form	8 %	5 %	8,1 %
katatone Form	lo %	lo %	5,4 %
paranoid-halluz.Form	24 %	35 %	29,7 %
Defekt	32 %	35 %	35,1 %
Coenaesth.	4 %	5 %	o,o %

Es ergab sich, dass die Mehrzahl der Patienten entweder zur paranoid-halluzinatorischen Form oder zur Defektschizophrenie gehörte.
Erstaunlich ist es, dass in Gruppe I und II Patienten, die also spätestens ein halbes Jahr nach der letzten Klinikentlassung wieder angefangen hatten zu arbeiten, rund 33 % der Patienten Defektschizophrene waren.

Das psychiatrische Leitsymptom während der letzten stationären Behandlung zeigte zwischen Gruppe I und III eine gewisse Übereinstimmung. Es überwogen hier die Störungen von Wille und Antrieb sowie die Affekt- und Verhaltensstörungen in Gruppe I bei 58 % der Fälle und in Gruppe III bei 45,9 %. In Gruppe II waren diese Symptome nur bei 35 % der Patienten nachzuweisen. Diese Gruppe fiel vor allem durch ein paranoid-halluzinatorisches Verhalten oder durch Wahnideen auf (5o %), bei Gruppe I und III hingegen konnten wir dieses Verhalten jeweils nur bei 27 % der Patienten eruieren.
Die Therapie bei dem letzten stationären Aufenthalt in unserer Klinik bestand bei dem überwiegenden Teil unserer Patienten entweder nur aus regelmässiger Gabe von Psychopharmaka oder aus einer Kombination von Psychopharmaka und Elektroschockbehandlung. Lediglich bei zwei Patienten war retrospektiv nicht mehr zu erfahren, welche Therapie angewandt worden war.

Tabelle 8

Therapie bei letztem Klinikaufenthalt:

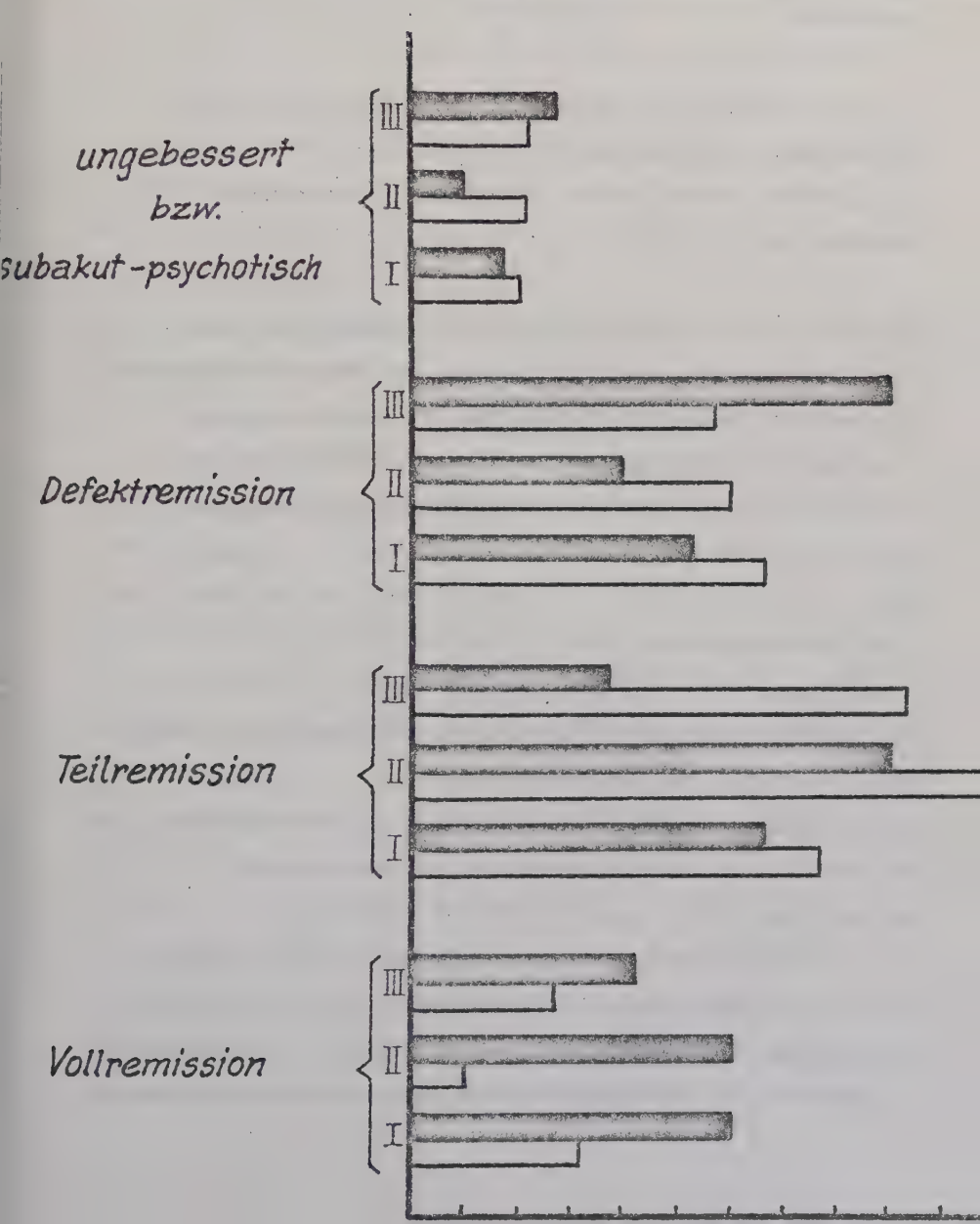
Gruppe	Psychopharmaka	Psychopharmaka u. ESB	nur ESB
I	68 %	3o %	2 %
II	62 %	35 %	o %
III	78,4%	18,9%	o %

Abb. 1

Gruppe I, II und III

☐ Therapieerfolg bei letzt. Entlas

▩ Zustandsbild bei Nachunterlass



Keiner der Patienten wurde gezielt einer Psychotherapie unterzogen.

Bei einem Vergleich zwischen dem Therapieerfolg bei der letzten Entlassung und dem Zustandsbild bei der Nachuntersuchung erhielten wir das in Abbildung 1 festgehaltene Ergebnis. (Seite 2o a)

Wir sehen, dass in der Gruppe I, die 4 Wochen nach der Entlassung die Arbeit wieder aufnahm, zur Zeit der Nachuntersuchung lo % und in Gruppe II, Arbeitsaufnahme nach 6 Monaten,15 % mehr Patienten voll- bzw. teilremittiert waren als zur Zeit der Entlassung. Eine Defektremission diagnostizierten wir nur noch in Gruppe I bei 26 % der Fälle (bei Entlassung 34 %) und in Gruppe II bei 2o % (bei Entlassung 3o %).
In der Gruppe III (Rentner) ist das Verhältnis von voll- bzw. teilremittierten Patienten zu defektremittierten umgekehrt. Waren bei der Entlassung noch 59,4 % voll- bzw. teilremittiert, so sind es bei der Nachuntersuchung nur noch 4o,5 %. Die Zahl der Patienten mit der Diagnose schizophrener Defekt stieg von 29,7 % auf 45,9 %.
Die Zahl ungebesserter Kranker betrug bei der Entlassung in alle- drei Gruppen rund lo %. Während sich bei Gruppe I und II diese Zahl verringerte, stieg sie bei Gruppe IIIauf 13,5% an. Drei (= 8,1 %) dieser subakut psychotischen Patienten

mussten wir sofort stationär aufnehmen.

Nach der Entlassung hatten aus der Gruppe I und II je 1o %, aus der Gruppe III 24,3 % keine Medikamente mehr eingenommen. Für längere Zeit eingenommen, jedoch bei der Nachuntersuchung ohne Medikamente waren in Gruppe I 26 %, In Gruppe II 4o % und in Gruppe III 21,6 %. Es nahmen also in Gruppe I 64 %, in Gruppe II 5o % und in Gruppe III 54,1 % bis heute Psychopharmaka ein.

Wenn die Patienten Medikamente einnahmen, so war der Einnahmemodus bei Gruppe I in 66 % der Fälle, bei Gruppe II in 7o % und bei Gruppe III in 67,5 % regelmässig. Die Gruppe, die ganz unregelmässig und nur bei Bedarf ihre Medikamente einnahm, war bei Gruppe III mit 8,1 % am geringsten. Gruppe II und Gruppe I lagen mit 2o % bzw. 24 % etwa gleich.

Die Dosierung der Pharmaka war in Gruppe I bei 68 % und in Gruppe II bei 6o % gut bis ausreichend. In Gruppe III hingegen waren die Medikamente bei 54 % der Patienten unterdosiert.

Begleitwirkungen in Form von psychischen oder vegetativen Störungen sind anfangs bei der Gruppe I in 14 %, bei der Gruppe II in 15% und bei der Gruppe III in 21,6 % der Fälle aufgetreten. Keiner der Patienten, die bis heute Medikamente einnahmen, klagte jedoch zur Zeit über irgendwelche Nebenwirkungen. Durch die Kombination mit einem Antiparkinsonpräparat konnten in allen Fällen die unange-

nehmen Begleiterscheinungen abgefangen werden.
An Medikamenten wandten wir fast ausschliesslich Präparate aus der Phenothiazin-Reihe an.

6.2 Daten, welche Beruf und Ausbildung charakterisieren.

Unsere nächsten Fragen befassten sich mit der Schulbildung, dem Schulverlauf und der Ausbildung. Es zeigte sich zwischen unseren drei Gruppen kein wesentlicher Unterschied.
Das Gros der Patienten (7o,1 %) hatte die Grundschule besucht; 14,9 % von ihnen waren jedoch schon in der Grundschule ein- oder mehrmals sitzengeblieben.
Acht unserer Patienten (= 7,5 %) begannen vor Ausbruch der Krankheit ein Universitätsstudium, davon gehörten vier Patienten der Gruppe III an. Drei dieser acht Akademiker hatten jedoch kein Abschlussexamen abgelegt.

Den Ausbildungsgang unserer 1o7 schizophrenen Patienten zeigt folgende Tabelle.

Tabelle 9:

Berufsausbildung	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
keine	12 %	5 %	8,1 %
in Ausbildung	o %	o %	2,7 %
angelernt u.abgeschlossen	16 %	2o %	1o,8 %
abgeschlossene Lehre	62 %	65 %	51,3 %
Ausbildung abgebrochen	8 %	1o %	24,3 %
mehrere Ausbildungen abgebrochen	o %	o %	2,7 %

Bei allen Gruppen hatte die überwiegende Mehrzahl entweder eine abgeschlossene Lehre oder einen angelernten Berufsstatus. Auffallend ist jedoch, dass in Gruppe III 27 % der Patienten eine oder mehrere Ausbildungen abgebrochen hatten.

Einen Vergleich der Tätigkeit vor Krankheitsausbruch mit der Beschäftigung zur Zeit der Nachuntersuchung bringt Abbildung 2 a - c. (Seite 24 a-c)
Bemerkenswert ist der Anstieg der Hilfsarbeiter nach Krankheitsausbruch in Gruppe I und II. Bei den kaufmännischen Berufen und bei den Handwerkern ist in Gruppe I ebenfalls

Abb. 2a

Gruppe I

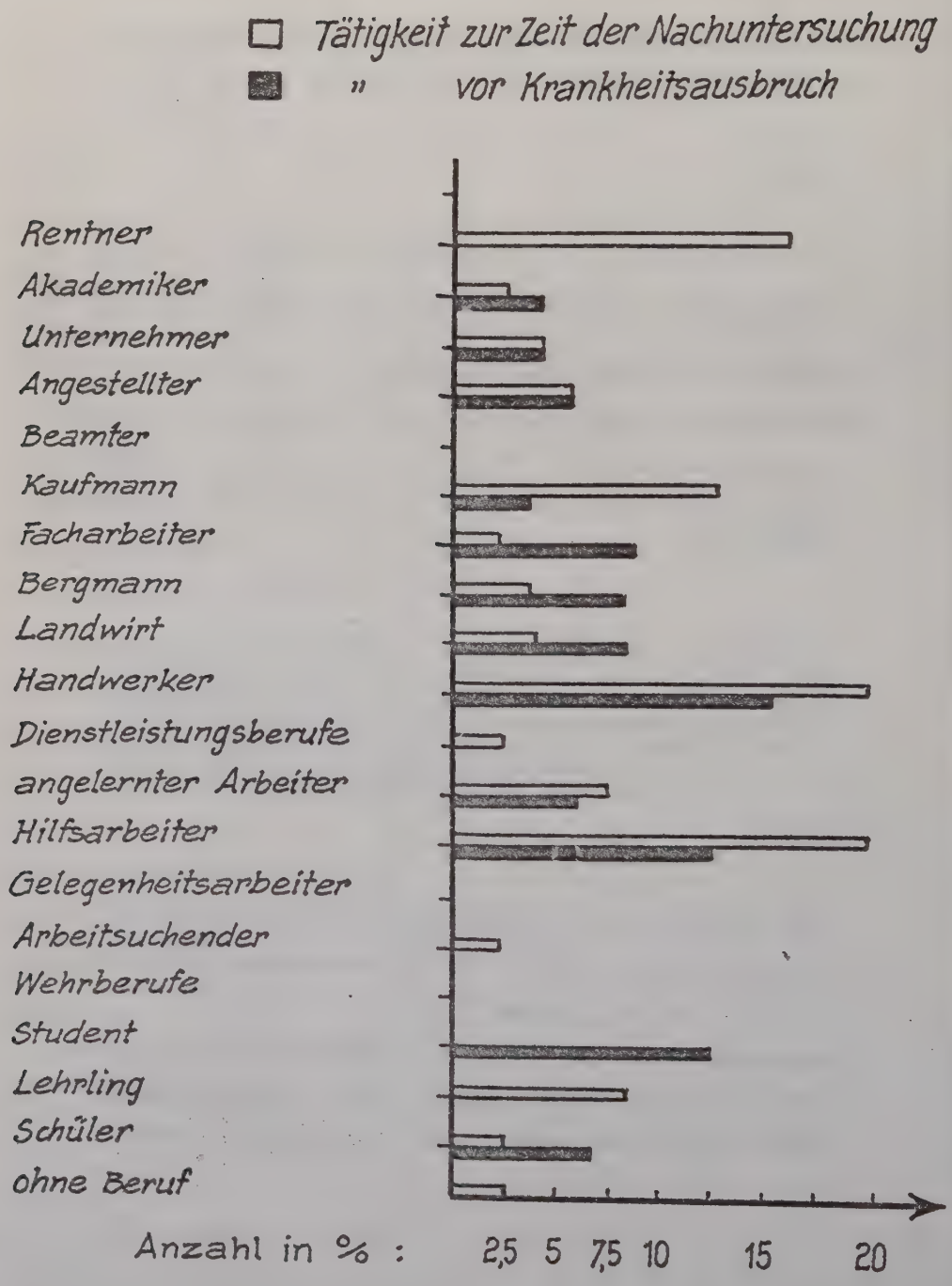


Abb. 2b

Gruppe II

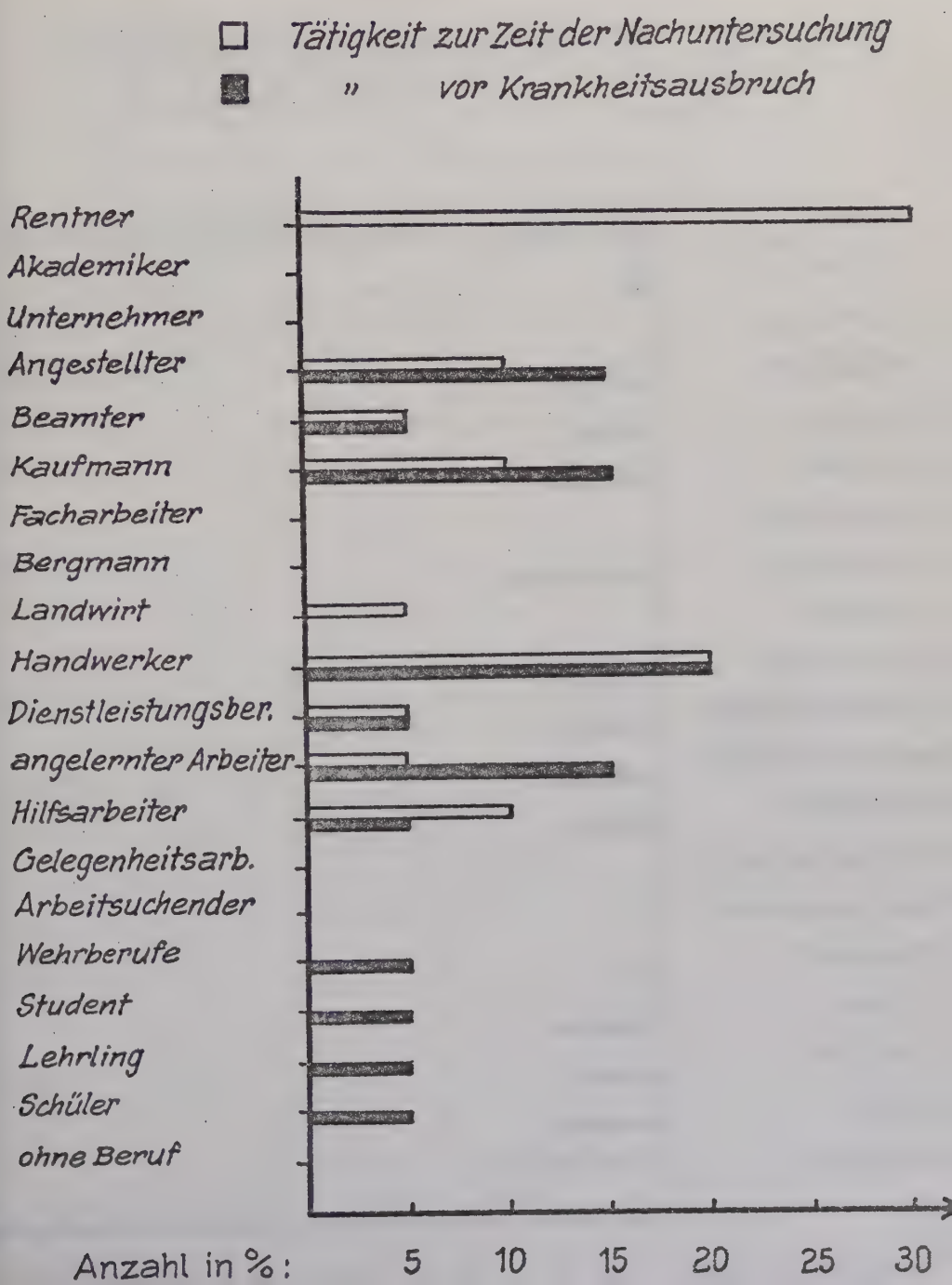
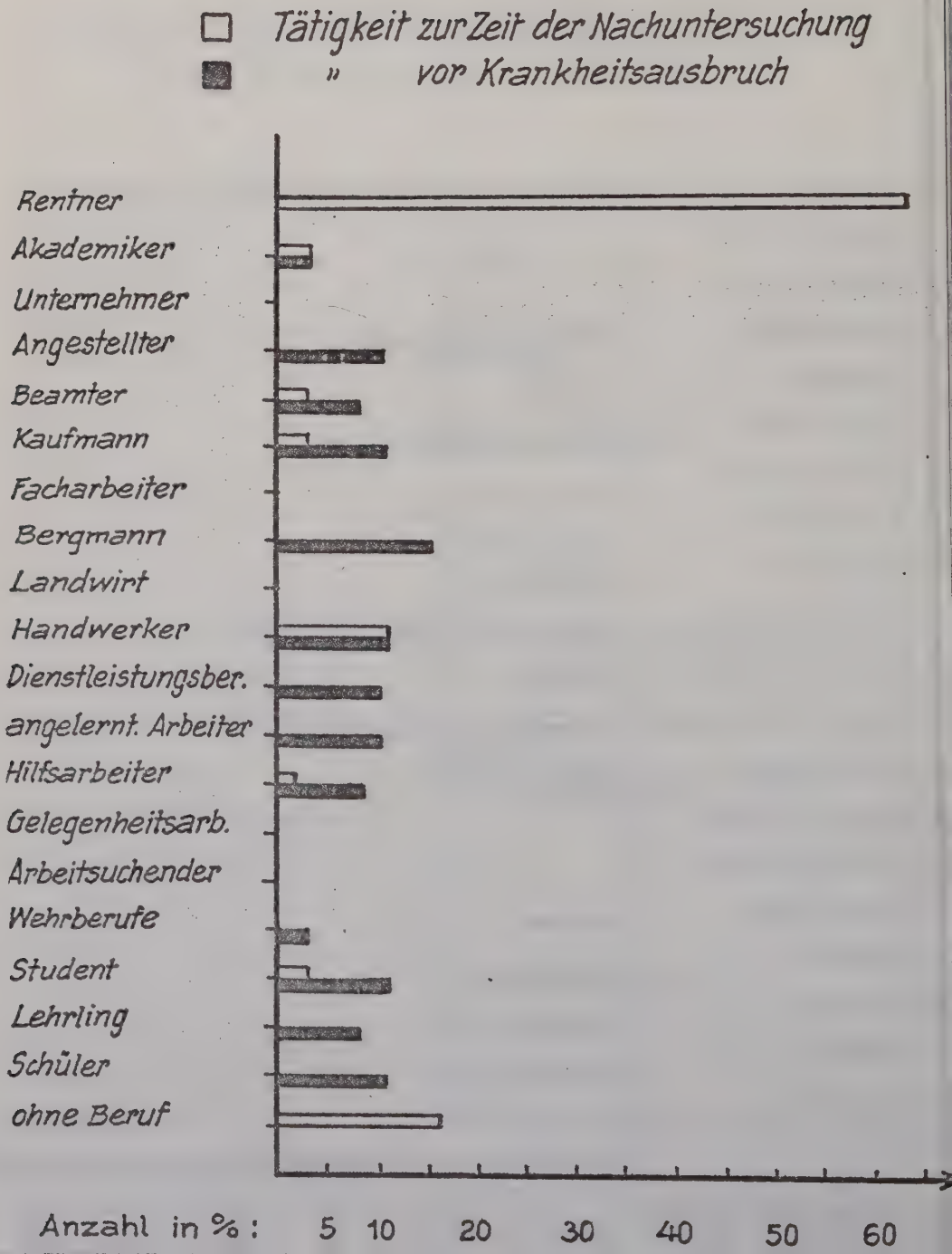


Abb. 2c

Gruppe III



eine Zunahme zu verzeichnen, während in Gruppe II die Zahl der Angestellten, der Kaufleute und der angelernter Arbeiter stark rückläufig ist. In Gruppe III sind einige Berufssparten durch die anfangs erwähnten neun Patienten, die noch gelegentlich arbeiten, vertreten. Ansonsten setzt sich diese Gruppe jedoch nur aus Rentnern und Patienten ohne jeglichen Beruf zusammen.

Vor Krankheitsausbruch standen alle 107 Patienten entweder in der Berufsausbildung oder in einem festen Arbeitsprozess. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren 35,5 % unserer Patienten Vollrentner geworden. Acht dieser Patienten (= 16 %) gehörten zur Gruppe I, hatten also spätestens vier Wochen nach Klinikentlassung die Arbeit wieder aufgenommen, sechs Patienten (= 3o %) gehörten zur Gruppe II, hatten spätestens nach 6 Monaten wieder angefangen zu arbeiten und 24 Patienten (= 64,8 %) waren schon beim letzten Klinikaufenthalt Rentner gewesen, gehörten folglich schon damals zur Gruppe III.

Die Verteilung der Patienten auf die einzelnen Berufsgruppen verdeutlicht Abbildung 3 a - c. Nur 4,7% der Patienten konnten trotz latenter Krankheit eine gehobene Position versehen. 14 % bekleideten noch eine mittlere Stellung, 43,9 % unserer Patienten hatten jedoch einen beruflichen Abstieg erfahren! (Seite 26 a-c)
Vergleicht man das berufliche Niveau mit dem monatlichen Verdienst, so erwartet man, dass bei den beruflich Abgestiegenen und den Rentnern das Einkommen abgefallen, bei den Patienten mit konstantem Berufsniveau das Einkommen hingegen gleichgeblieben ist.

Abb. 3a

Gruppe I

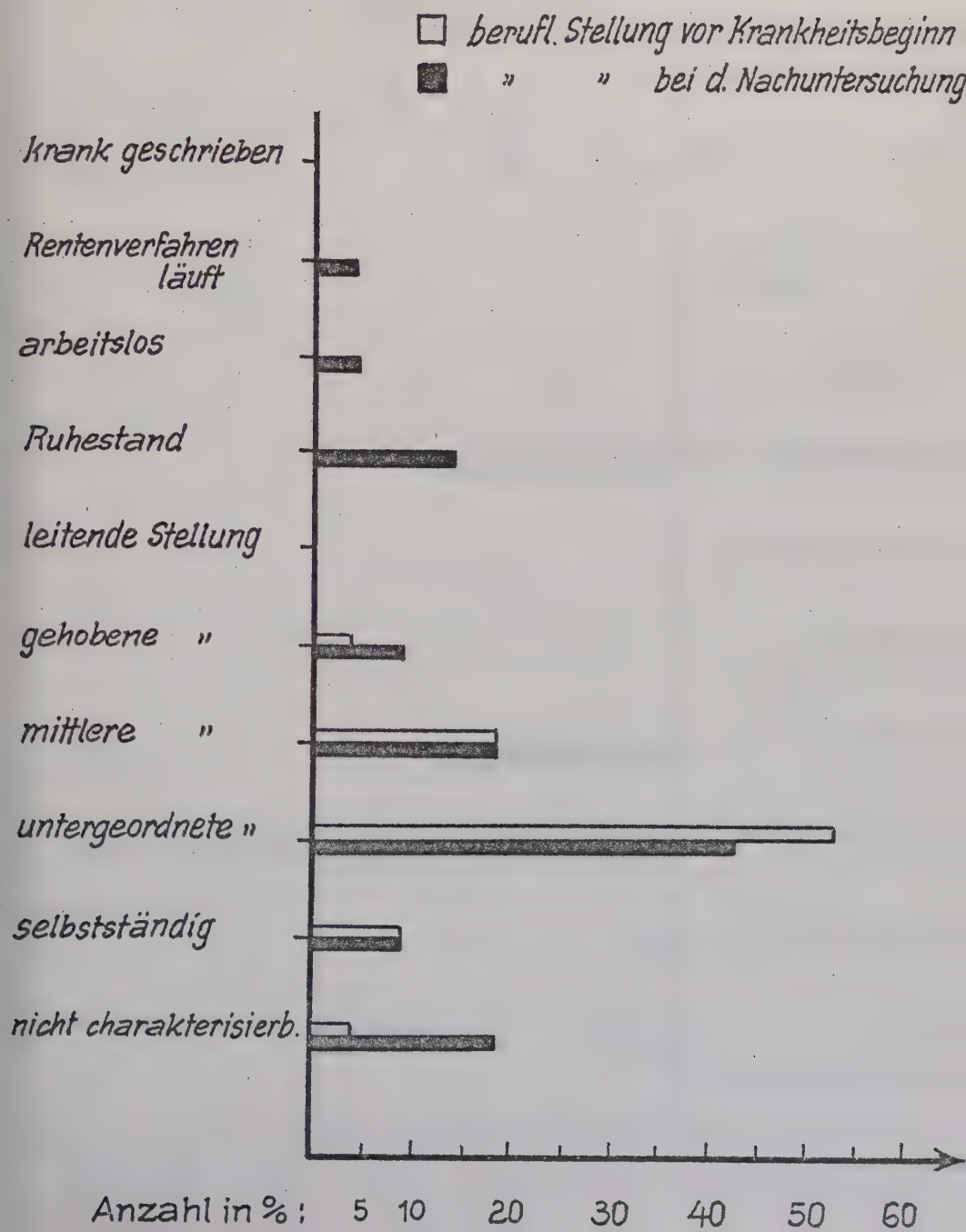


Abb. 3b

Gruppe II

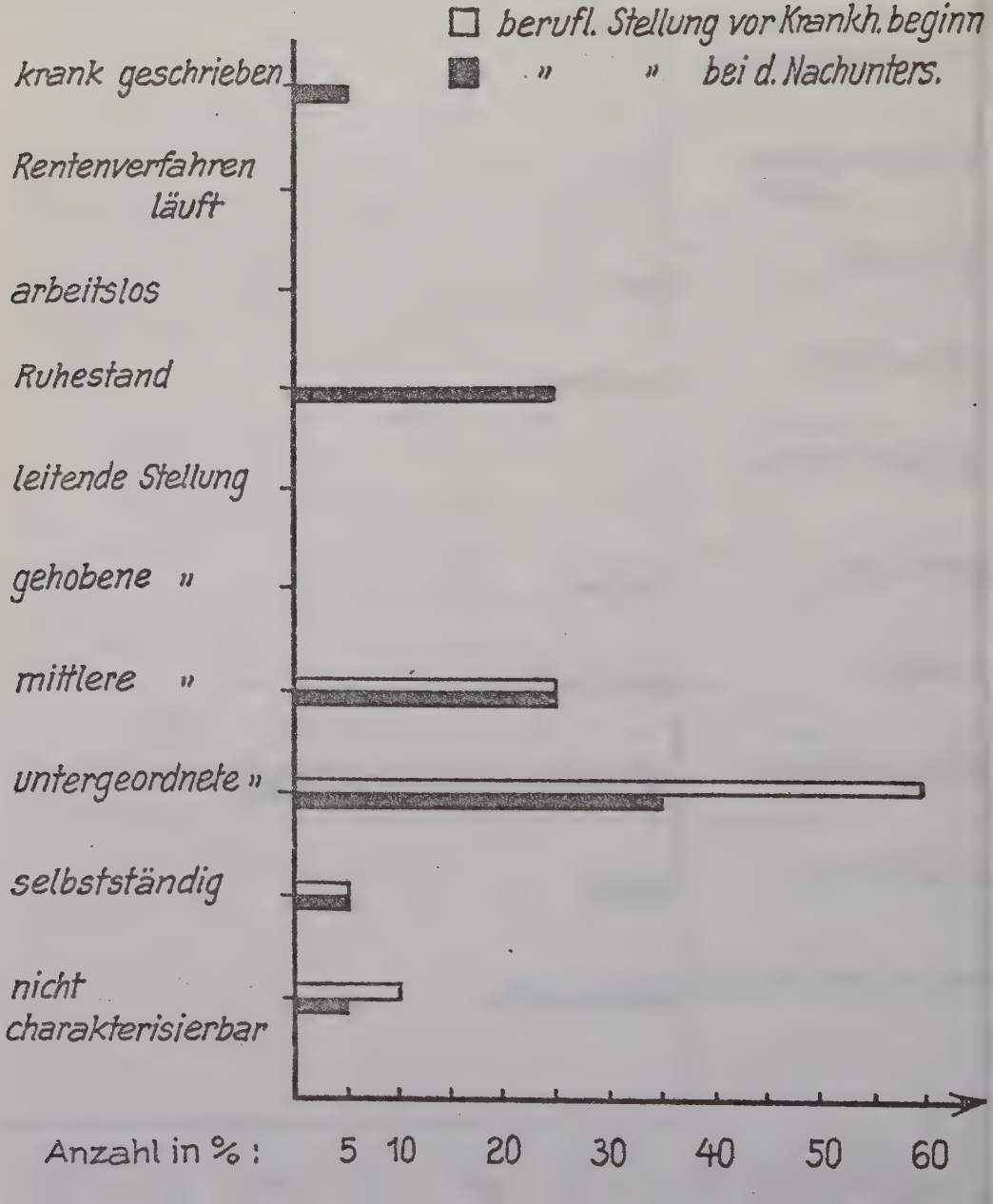
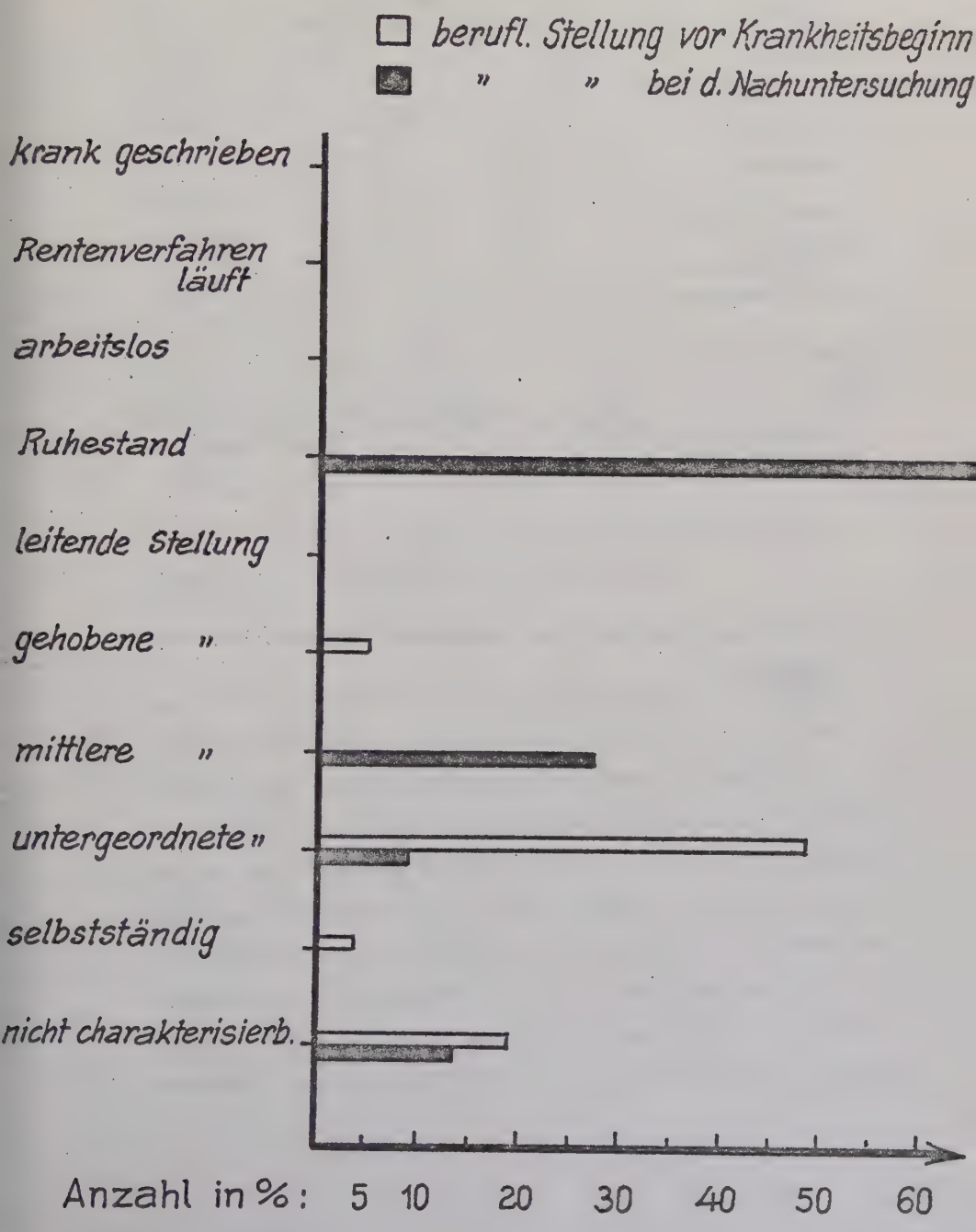


Abb. 3c Gruppe III



Tatsächlich sah es jedoch folgendermassen aus.

Tabelle 1o:

Einkommen	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
gestiegen +	46 %	25 %	1o,8 %
gleichgeblieben	26 %	35 %	32,4 %
gefallen	28 %	4o %	56,7 %
ohne Einkommen	o %	o %	13,5 %

Nur bei 4o,2 % anstatt bei erwarteten 79,4 % war das Einkommen gefallen.

+ Echter Anstieg, nicht im Rahmen der regelmässigen Tarifanhebungen.

Bei den meisten Patienten war es, trotz eines sozialen Abstiegs, gleichgeblieben, bei einigen war es sogar gestiegen und zwar unabhängig von dem fiskalisch gesteuerten, dynamischen Anstieg sämtlicher Löhne und Gehälter. Folglich ist ein beruflicher Abstieg, z.B. vom Handwerker zum Hilfsarbeiter, in unserem derzeitigen Wirtschaftssystem nicht gleichbedeutend mit einer Senkung des Einkommens.
Trotz dieses Ergebnisses gaben in Gruppe I nur 46 %, in Gruppe II 4o % und in Gruppe III nur 32,4 % an, dass ihr Einkommen ausreichend sei. Das tatsächliche Einkommen lag in Gruppe I bei 44 % der Patienten unter DM 75o,oo monatlich, in Gruppe II bei 55 % und in Gruppe III sogar bei 72,9 % unter DM 75o,oo Nettoverdienst monatlich.

Mit unserer nächsten Frage wollten wir prüfen, ob bei unserem Patientenkollektiv ein deutliches Gefälle zwischen der sozialen Schicht des Vaters und der eigenen besteht.
Zur Klassifizierung der sozialen Schichten legten wir das Schema von MOORE und KLEINIG (196o) zugrunde. Die Patienten konnten nach Vorlage dieses standardisierten Schemas, in dem die soziale Schichtung für den Patienten nicht erkennbar , also verschlüsselt war, selbst bestimmen, zu welcher Gruppe der Vater und zu welcher Gruppe sie selbst gehörten. Bemerkenswert war, dass die Oberschicht in keinem

einzigen Fall angekreuzt wurde. Nach unserer Vermutung wurde " nicht abklärbar " von den Patienten eingesetzt, die sich scheuten, die Position " sozial Verachtete " für sich in Anspruch zu nehmen. In Abbildung 4 ist das eben Gesagte graphisch dargestellt. Die Angaben der Patienten über die Veränderungen ihres sozialen Niveaus haben wir in Abbildung 5 zusammengefasst. (Seite 29 a und Seite 3o).
Es zeigte sich, dass bei der Gruppe III die überwiegende Mehrzahl (81,1 %) nach eigenen Angaben sozial abgestiegen war. Gruppe I und II hatten mit 44 % bzw. 55 % ebenfalls einen Abstieg zu verzeichnen. Bei allen drei Gruppen war bei dem Gros der Patienten das soziale Niveau niedriger als das ihrer Väter.

Abb. 4

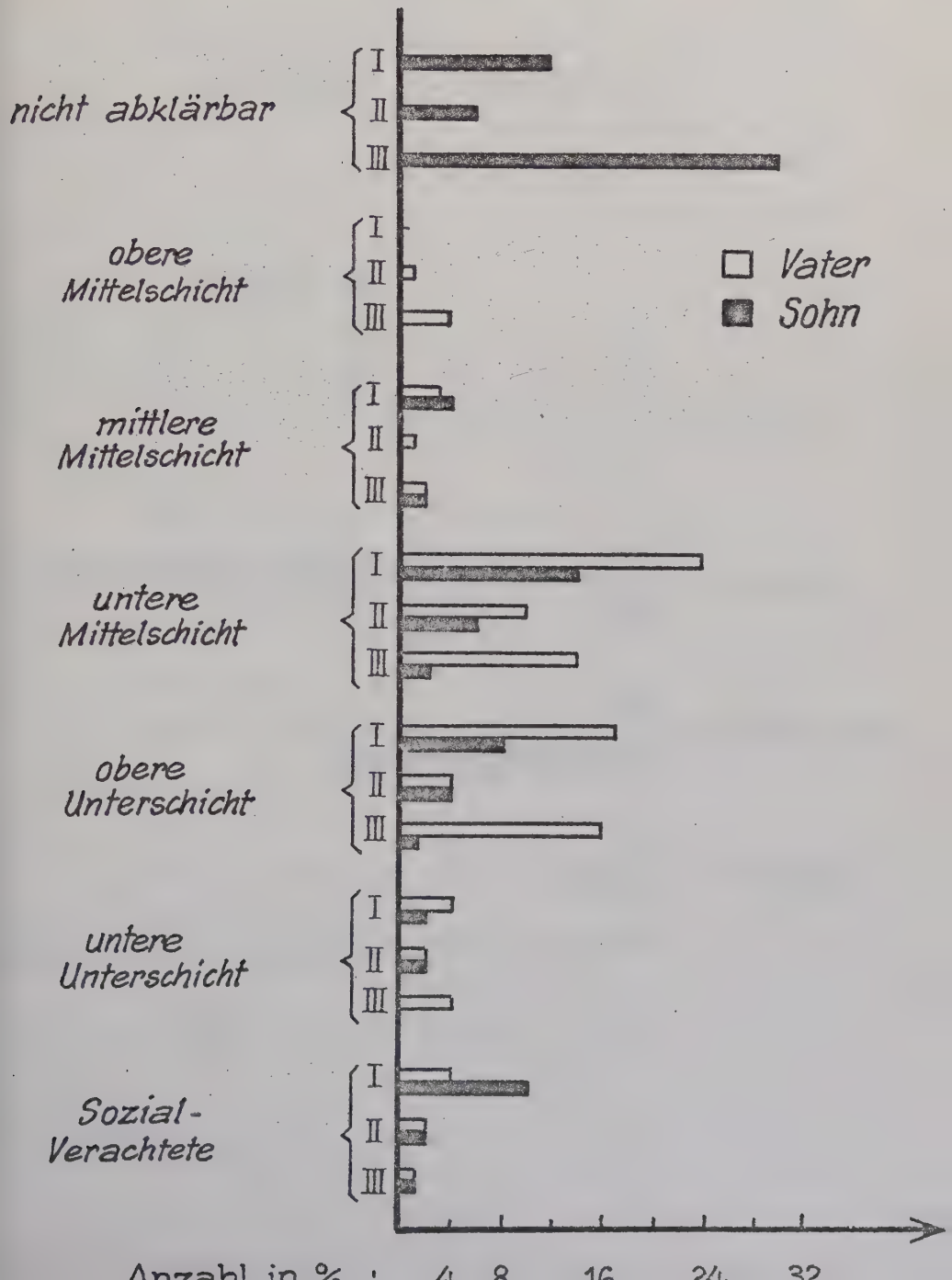
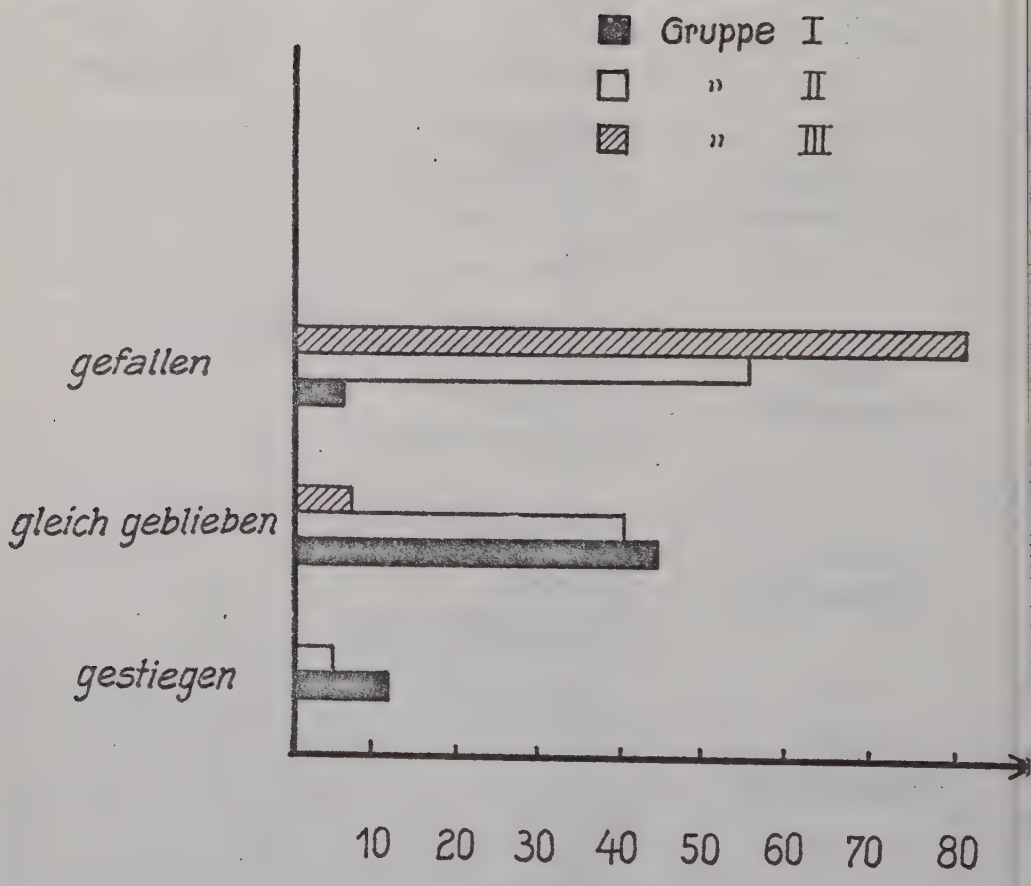

nicht abklärbar
obere Mittelschicht
mittlere Mittelschicht
untere Mittelschicht
obere Unterschicht
untere Unterschicht
Sozial-Verachtete
I
II
III
Vater
Sohn
Anzahl in % : 4 8 16 24 32

Abb. 5

Soziales Niveau



Die Frage nach der Häufigkeit des Berufs- und Arbeitsplatzwechsels erbrachte keine verwertbaren Ergebnisse. Ein im Durchschnitt ein- bis zweimaliger Berufswechsel und drei- bis fünfmaliger Wechsel des Arbeitsplatzes liegt in der sozialen Schicht, der die Mehrzahl der Patienten angehörten, nicht wesentlich über der Norm.

6.3 Daten, die das Verhältnis zur Arbeit aufzeigen.

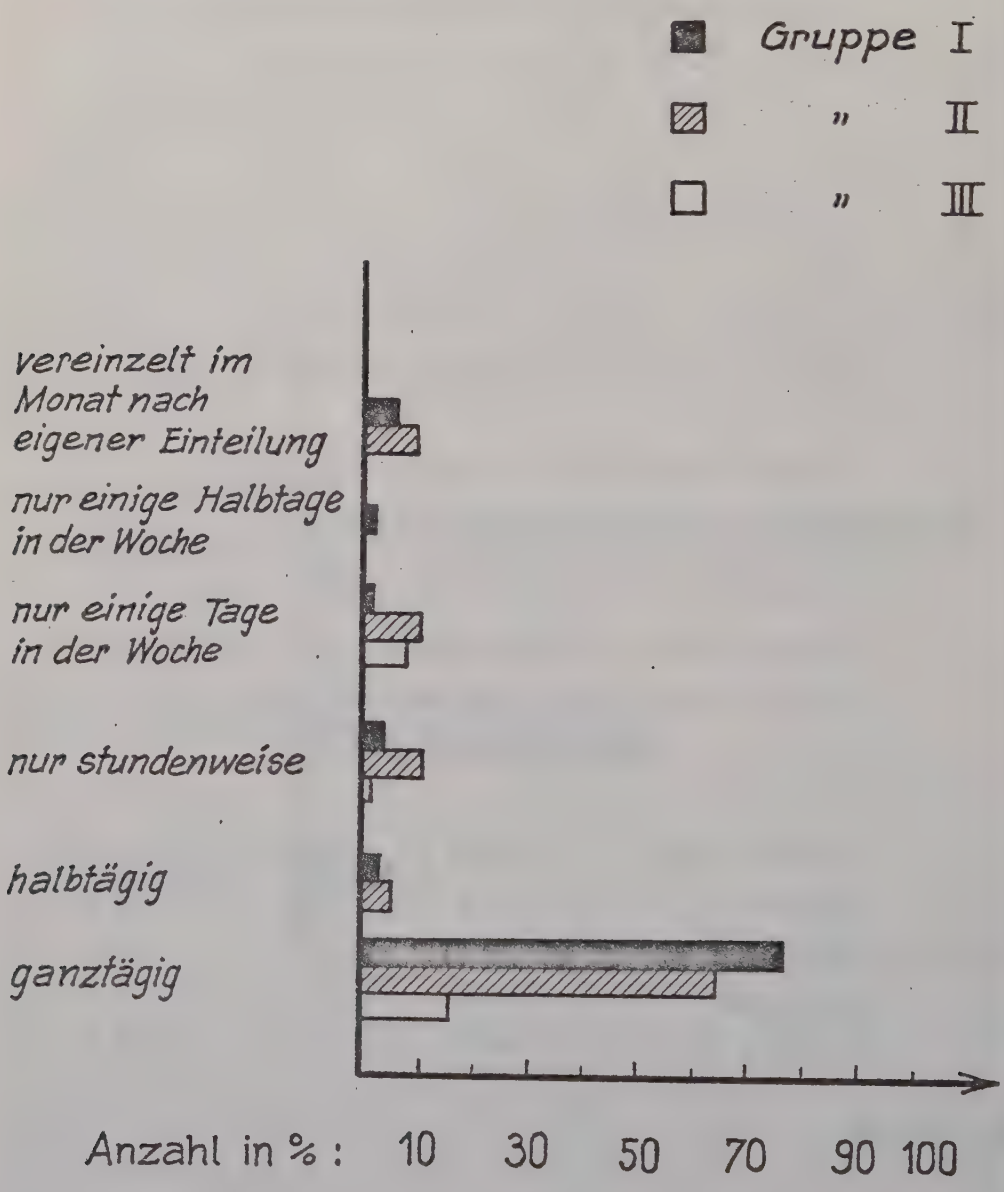
Über den Umfang der Arbeitsaufnahme gibt unsere Abbildung 6 Auskunft. Hatten die Patienten nach der Klinikentlassung ihre Tätigkeit wieder aufgenommen, so war die Mehrzahl voll belastbar und arbeitete ganztägig. (Seite 31 a)
Die Frage nach der Arbeitsbelastung deckte gewisse Unterschiede zwischen Gruppe I und Gruppe II auf.

Tabelle 11

Arbeitsbelastung	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
entfällt	o %	o %	72,9 %
nicht ausgelastet	2 %	o %	o,o %
ausgelastet	56 %	25 %	16,2 %
erschöpft	42 %	75 %	1o,8 %

Abb. 6

Umfang der Arbeitsaufnahme

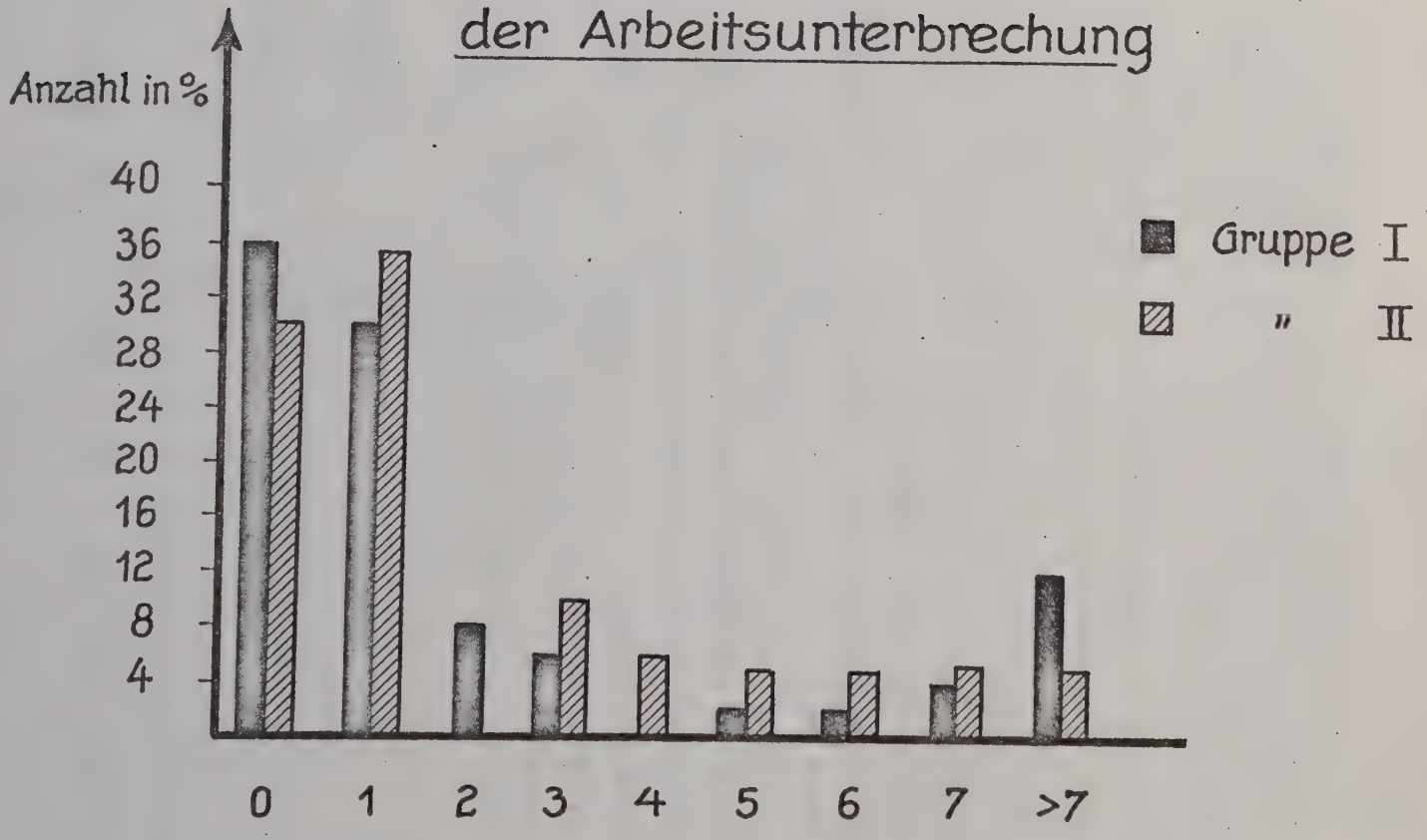


In der Gruppe II fühlten sich 75 % der Patienten durch die Arbeit völlig erschöpft und an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit gedrängt.

Um einen Überblick über die Stabilität der Arbeitsfähigkeit der schizophrenen Kranken, die sich wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert hatten, zu erhalten, versuchten wir die Arbeitsunterbrechungen bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, durch Krankheit bedingt, zahlenmässig zu erfassen (siehe Abbildung 7 , Seite 32 a).
Die Schwierigkeit bestand jedoch darin, dass die Patienten nicht genau angeben konnten, wann sie aufgrund ihrer Krankheit von der Arbeit fernbleiben mussten, wann sie also ein ambulantes Rezidiv, Krankschreibung durch einen Nervenarzt, hatten. Wir nahmen ein ambulantes Rezidiv auch immer dann an, wenn die Patienten ihre Arbeitsunterbrechung mit dem allerdings selten geäusserten nichtssagenden Satz, sie hätten sich einfach nicht recht wohl gefühlt, zu begründen versuchten.

Abb. 7

Häufigkeit der Arbeitsunterbrechung



Lediglich 17 Patienten (= 15,8 %) gaben keine Rezidive an. Die Mehrzahl der Patienten berichtete jedoch, dass sie, trotz vorübergehend auftretender Krankheitszeichen, die Arbeit nicht unterbrach; alle wurden vom Hausarzt oder behandelndem Nervenarzt sogleich mit höheren Dosen von Psychopharmaka versorgt.
Die Frage nach dem Kontakt mit den Arbeitskollegen erweiterten wir bei den Rentnern auf " Kontakt mit den Nachbarn ", und wir erhielten folgende Antworten:

Tabelle 12

Kontakt	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
sehr gut	2o %	2o %	16,2 %
gut	48 %	65 %	27,o %
schlecht	14 %	1o %	13,5 %
keinen Kontakt	18 %	5 %	43,2 %

Schlechten oder gar keinen Kontakt hatten in Gruppe III 56,7 % der Patienten. Der Kontakt der Gruppe I und II war hingegen überwiegend gut bis sehr gut. Bei diesem Ergebnis könnte man annehmen, dass sich Gruppe I und II aus überaus anpassungsfähigen und kontaktfreudigen Menschen zusammensetzte. Geht man nicht von dem Ergebnis der

direkten Frage nach dem Kontakt aus, sondern forscht man nach dem Freizeitverhalten bzw. beleuchtet man die Umstände der Freizeitbeschäftigung so zeigt sich eine deutliche Kontaktscheu. Der überwiegende Teil unserer Patienten verbringt seine Freizeit alleine ohne Freunde und nennt als Hobby " Spazierengehen " und " im Garten arbeiten ".

Tabelle 13

Freizeitbeschäftigung	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
keine	1o %	5 %	13,5 %
alleine	4o %	25 %	51,3 %
selten mit anderen Menschen	2o %	45 %	8,1 %
meist mit anderen Menschen	3o %	25 %	27,o %

Eine weitere Frage galt der Freude am derzeitigen Beruf. In Tabelle 14 sind die Antworten registriert.

Tabelle 14

Freude am Beruf	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
nein,körperlich zu anstrengend	4 %	o %	5,4 %
ja	54 %	35 %	18,9 %
leidlich	22 %	3o %	5,4 %
gleichgültig	2 %	1o %	1o,8 %
völlig interesselos	4 %	o %	5,4 %

Es ergab sich, dass die Patienten im Durchschnitt doch mit ihrem derzeitigen Leben zufrieden waren. Diese Zufriedenheit kam nicht nur im Interview immer wieder zutage, sie drückte sich auch in den Antworten aus, die wir auf unsere Frage nach dem derzeitigen beruflichen Wunsch erhielten (Abbildung 8 ,Seite 35 a).

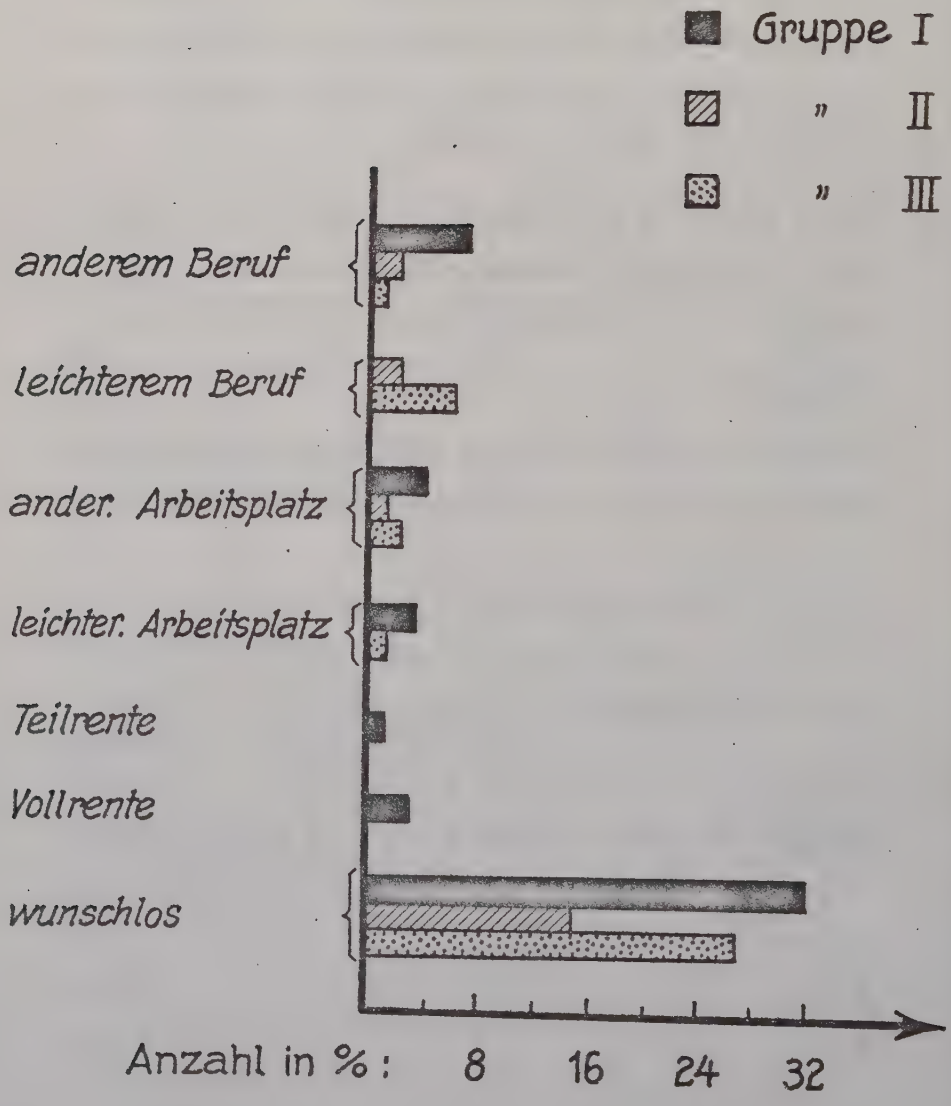
Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass vielfach kein echtes Wunschbegehren vorhanden war, sondern dass diese Antworten, genau wie die Antworten auf die beiden vorausgegangenen Fragen, mehr im Sinne einer gewissen Indifferenz zu verstehen sind.
Die verkehrstechnische Lage des Arbeitsplatzes zur Wohnung wurde von der Mehrzahl der Patienten als gut empfunden.

Tabelle 15

Lage des Arbeitsplatzes	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
gut	68 %	55 %	entfällt
befriedigend	6 %	lo %	entfällt
schlecht	6 %	5 %	entfällt

Abb. 8

Derzeitiger Wunsch nach :



Objektiv verwertbare Angaben sind das unserer Meinung nach jedoch auch nicht, da die Mehrzahl der Patienten diesen Dingen ebenfalls recht gleichgültig gegenüberstand.

Mit der Frage nach der jetzigen Persönlichkeitsstruktur, verglichen mit der prämorbiden Persönlichkeit, versuchten wir einen Hinweis zu erhalten auf die selbstempfundene krankheitsbedingte Persönlichkeitsänderung.
Hierzu legten wir den Patienten eine Zeichnung vor, bestehend aus einem gleichseitigen Dreieck, das in ein zentrales Rechteck und in sechs Randfelder aufgeteilt war. Die drei Spitzenfelder besetzten wir mit den klassischen drei Temperamenten: Sanguiniker, Choleriker und Melancholiker. Die Zwischenfelder hatten wir für Mischtypen vorgesehen. Dem zentralen Feld sollten Patienten zugeordnet werden, die sich völlig harmonisch fühlten. Die Phlegmatiker wurden gesondert aufgeführt und bewusst zwischen die Antworten " keine Angaben " und " weiss nicht " gestellt.
Die Temperamentbezeichnungen wurden den Patienten mit einfachen Worten ihrem Verständnis entsprechend erklärt, und sie wurden angehalten, sich für eine der Möglichkeiten zu entscheiden.

Tabelle 13

Vergleich zwischen jetziger Persönlichkeit und prämorbider Persönlichkeit:

Persönlichkeitsstruktur	früher	heute
Sanguiniker	23,5 %	9,6 %
Choleriker	9,6 %	5,4 %
Melancholiker	12,8 %	29,9 %
zwischen Sanguiniker und Choleriker stehend	7,5 %	3,2 %
zwischen Sanguiniker und Melancholiker stehend	22,5 %	28,9 %
zwischen Choleriker und Melancholiker stehend	7,5 %	o,o %
harmonisch und ausgeglichen	27,8 %	14,9 %
Phlegmatiker	o,o %	5,4 %
weiss nicht	6,4 %	4,3 %
keine Angaben	4,3 %	5,4 %

55,8 % der Patienten gaben an, dass eine Persönlichkeitsänderung eingetreten und diese krankheitsbedingt sei, 7,5 % fühlten sich zwar verändert, meinten jedoch, dass sich " jeder Mensch im Laufe seines Lebens irgendwie ändere." 57 % unserer Patienten fühlten sich zur Zeit der Nachuntersuchung psychisch krank, obwohl rund 42 % von diesen im Arbeitsprozess standen.

Weiter interessierte uns, wo die Patienten die Zeit zwischen Klinikentlassung und Arbeitsaufnahme verbrachten.

Der weitaus grösste Teil kehrte in die angere Familie zurück: von Gruppe I 92 %, von Gruppe II 95 % und von Gruppe III 89,8 %. Allein auf sich gestellt waren in Gruppe I nur 6 %, in Gruppe II 5 % und in Gruppe III nur 2,7 %.

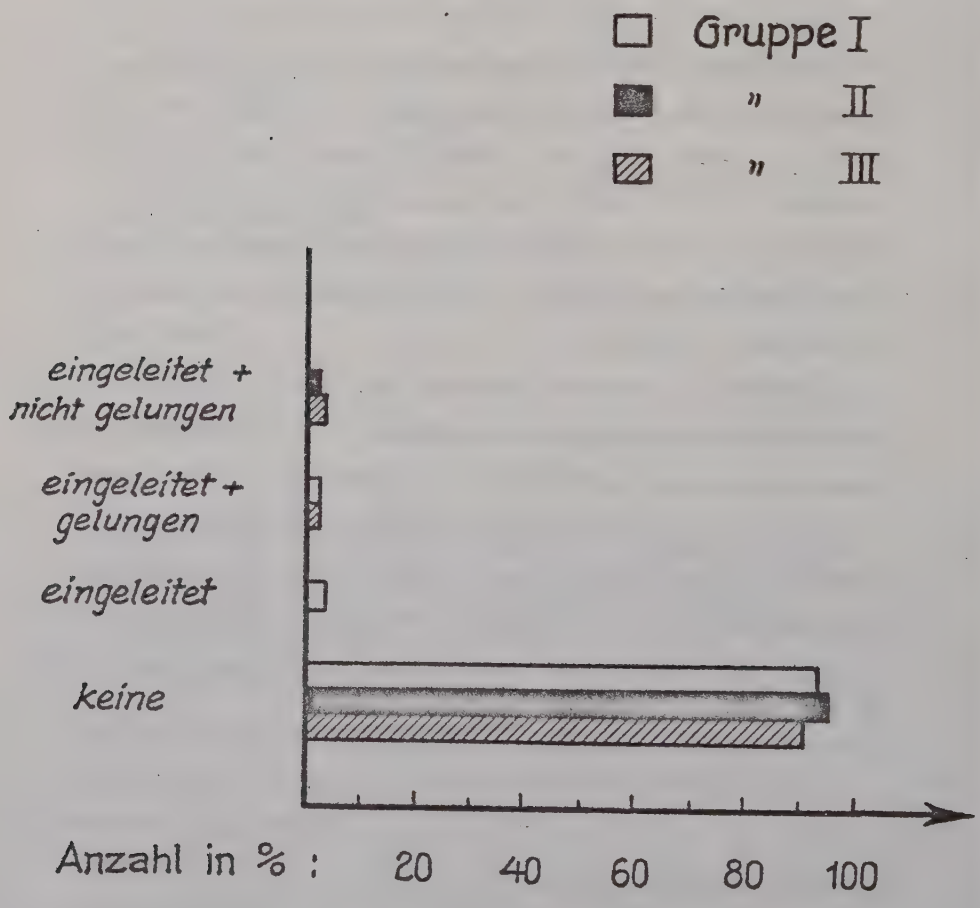
Schliesslich wollten wir wissen, ob man innerhalb der Klinik, also noch während des stationären Aufenthaltes, versucht hatte, die Patienten einem anderen Beruf oder einer neuen Arbeitsstelle zuzuführen (Abbildung 9).

Ob man versucht hat, den Kranken zu rehabilitieren, was GOLDBERG (1967) als " die Wiedereingliederung eines Behinderten in einen sozialen Zusammenhang, wo er den bestmöglichen Gebrauch seiner Restfähigkeiten machen kann " definiert. (Seite 38 a).

Zwar wurden bei unseren Patienten nur in 5 Fällen (= 4,7 %) Rehabilitationsmassnahmen eingeleitet - aus kliniksinternen, rein technischen Gründen waren es nicht mehr - doch zeigen sich schon an diesem Ergebnis die Schwierigkeiten einer Rehabilitation. Nur bei zwei Patienten war der eingeleitete Berufswechsel bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung gelungen, bei drei Kranken waren unsere Bemühungen ohne Erfolg.

Abb. 9

Rehabilitationsmaßnahmen



6.4 Daten, die die soziale Stellung charakterisieren.

Da es als ein allgemein begünstigender Faktor in der Literatur angesehen wird, wenn die Patienten verheiratet sind und nach einem stationären Aufenthalt wieder zu ihrem Ehepartner zurückkehren konnten (GASTAGER, HARTMANN, IRLE),befassten wir uns auch mit dem Zivilstand unserer Patienten.

Tabelle 16

Zivilstand	vor Krankheitsausbruch			Zeit der NU		
	I	II	III	I	II	III
ledig	54 %	45 %	45,9 %	46 %	4o %	4o,5 %
verheiratet	38 %	5o %	43,2 %	44 %	55 %	48,6 %
geschieden	2 %	o %	8,1 %	4 %	o %	5,4 %
verwitwet	2 %	o %	o,o %	2 %	o %	o,o %
geschieden und wiederverheiratet	2 %	o %	2,7 %	2 %	o %	5,4 %
Partnerschaft	2 %	5 %	o,o %	2 %	5 %	o,o %

Zwischen letztem Klinikaufenthalt und der NU haben 7 ledige Patienten geheiratet; ein Patient wurde geschieden und ein Geschiedener hat sich wiederverheiratet.
37,3 % fanden nach der stationären Behandlung wieder Aufnahme bei den Eltern und Geschwistern, 3,7 % wohnten bei

Verwandten, 7,5 % lebten allein, 44,8 % kehrten zu Ehefrau und Kindern zurück; bei 5,6 % lebte noch ein Elternteil in der ehelichen Gemeinschaft.

Wir verglichen die Veränderungen im beruflichen Niveau bei den Ledigen mit denen der verheirateten und fanden, dass die Ledigen bessere Aufstiegschancen hatten als die Verheirateten.

Tabelle 17

Berufliche Veränderungen bei Ledigen und Verheirateten:

Berufliches Niveau	verheiratete Patienten	ledige Patienten
aufgestiegen	3,8 %	19,6 %
abgefallen	54,9 %	39,1 %
gleichgeblieben	41,5 %	41,3 %

Offen bleibt hierbei jedoch die Frage, ob es in der Gruppe der Ledigen nicht vielleicht eher dem Alter als dem Familienstand zugute zu halten ist, dass die abfallende Tendenz im beruflichen Niveau bei ihnen weniger stark ausgeprägt ist als bei den Verheirateten.
Die nächste Frage befasste sich mit eventuell vorhandenen Frustrationen innerhalb der Ehe bzw. bei den Ledigen innerhalb des Elternhauses. Wir verstanden darunter gehäuft auf-

tretende Spannungen untereinander, Unstimmigkeiten, die zu heftigem Wortwechsel führen, eine Atmosphäre also, in der das gegenseitige Verstehen fehlt.
Wir fanden, dass die Ledigen häufiger über Frustrationen klagten als die Verheirateten, nämlich 59 % im Vergleich zu 41 %. Dennoch bezeichneten in allen Gruppen mehr als 75 % der Patienten den Kontakt innerhalb der Wohngemeinschaft als gut,und alle fühlten sich als vollanerkanntes Mitglied der Familie. Gelegentlich auftretende Meinungsverschiedenheiten sahen sie nicht im Zusammenhang mit ihrer Krankheit, sondern sie bezeichneten sie als "normal" und " kommt in jeder Familie vor ."

Unser letzter Fragekomplex umfasste den Wohnraum und die Wohnverhältnisse unserer Patienten. Wir verglichen die Grösse der Wohnung (= Anzahl und Grösse der Zimmer) vor dem Krankheitsausbruch mit der vor der letzten Klinikbehandlung und der zur Zeit der Nachuntersuchung; ebenso registrierten wir, wie die Wohnverhältnisse aus der Sicht der einzelnen Patienten zu den genannten zeitlichen Bezugspunkten eingeschätzt wurden.
Die Wohnverhältnisse versuchten wir mit den Kriterien zu eruieren, ob ein eigenes Bad und eine separate Toilette vorhanden seien und ob es eine Möglichkeit gäbe, sich in ein eigenes Zimmer zurückzuziehen. In Abbildung 10 und 11 sind die Antworten graphisch ausgewertet. (Seite 41 a und Seite 41 b).

Abb. 10

Wohnverhältnisse (NU)

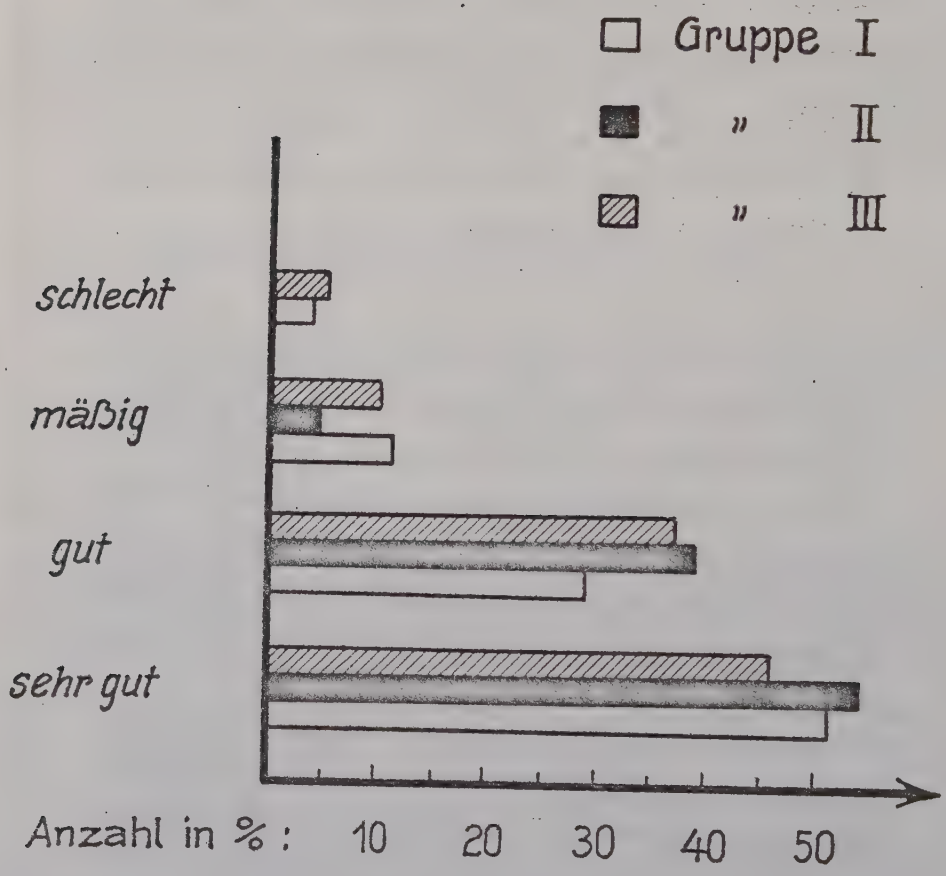
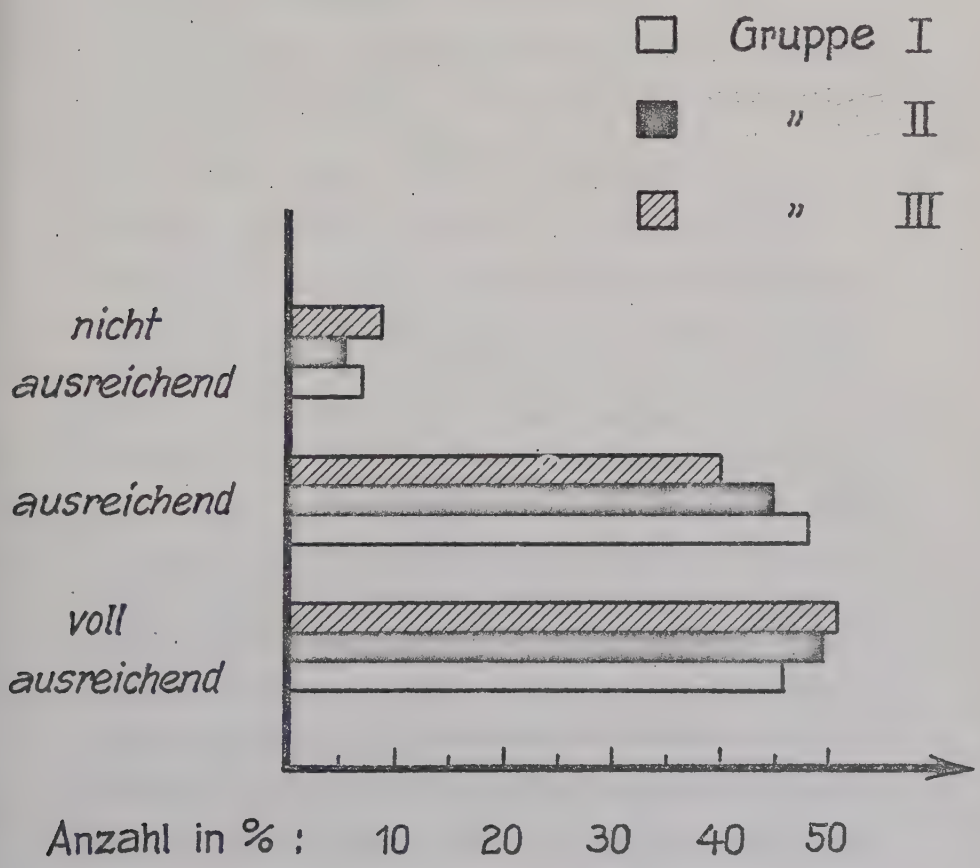


Abb. 11

Größe des Wohnraumes (NU)



In keiner unserer Gruppe fanden wir, soweit wir uns auf die Antworten der Patienten stützen konnten, einen negativen Einfluss. Bei allen hatten sich sowohl die Grösse als auch die Wohnverhältnisse trotz Krankheit gebessert.

7. Diskussion und Schlussfolgerung

Bei den 1o7 männlichen Patienten aus unserer Klinik, die wir unter verschiedenen Aspekten nachuntersucht haben, bestand die Psychose durchschnittlich zwischen 3-1o Jahren, und die Patienten waren alle wenigstens 2-4 mal in klinischer Behandlung. Kein Kranker erreichte eine Rezidivfreiheit von 5 Jahren, womit wir gezeigt haben, dass es sich bei unseren Kranken ausschliesslich um chronisch Kranke und nicht um Erstmanifestationen handelte.

Mit unserer durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer (5,5 Wochen) und dem Zeitraum von 3,7 Jahren zwischen 2 Kliniksbehandlungen liegen wir eindeutig unter den Ergebnissen aus der Zeit vor der Psychopharmakaaera (POHLMANN 1941). Zu dieser Zeit wiesen die Patienten noch eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 3, 1 Monaten auf. Die Zeit zwischen 2 stationären Aufnahmen betrug damals in der Mehrzahl der Fälle weniger als 1 Jahr. Unser Ergebnis bestätigt die bekannte Tatsache, dass trotz Psychopharmakagabe der schizophrene Prozess bei chronischen Fällen in Schüben verläuft. Gegenüber früheren Zeiten ist die Symptomatik jedoch weitgehend abgeschwächt und die klinische Behandlungsdauer kann somit erheblich verringert werden. Um aber den Anforderungen des Berufslebens gewachsen zu sein, genügt es nicht, die Medikamente

regelmässig einzunehmen, sie müssen auch in ausreichender Dosierung verabreicht werden, um die Arbeitsfähigkeit über längere Zeit optimal zu erhalten. Die Patienten der Gruppe III, also überwiegend Rentner, sind für die Fragestellung dieser These examplarisch. Nur 8,1 % von ihnen nahmen die verordneten Medikamente unregelmässig, d.h. willkürlich ein, aber bei mehr als der Hälfte von ihnen war die Dosierung unzureichend. Dass diese sogenannte medizinische Remission nicht unbedingt parallel läuft mit der sozialen Remission, zeigen unsere weiteren Untersuchungen.

Vor Ausbruch der Erkrankung standen alle Patienten entweder in der Berufsausbildung oder bereits in einem Arbeitsprozess. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren noch rund 65 % voll arbeitsfähig. Hier hatten wir ein besseres Ergebnis als z.B. OLKINUORA et. al. (197o) ; bei ihm waren von 199 Patienten mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 9,6 Jahren und einer durchschnittlichen Hospitalisierung von insgesamt 14 Monaten nur noch 54 % der Patienten arbeitsfähig.

In unserer Untersuchung war die bei Entlassung gestellte Diagnose " Defekt " keineswegs gleichbedeutend mit dem Ende einer beruflichen Tätigkeit. Wir fanden in allen drei Gruppen bei annähernd der gleichen Patientenzahl, nämlich bei jeweils rund 33 % der Fälle, eine Defekt-

schizophrenie vor.

Während jedoch bei der Nachuntersuchung im Vergleich zur Diagnose bei letzter Entlassung bei den Gruppen I und II eine Zunahme der Voll- bzw. Teilremittierten und ein Abfall der Defektschizophrenen zu verzeichnen war, war in Gruppe III das Verhältnis umgekehrt.

Hier stieg die Zahl der Defektremittierten von 29,7 % auf 45,9 %, die der Voll- bzw. Teilremittierten war gesunken. Die Frage, ob es sich bei Gruppe I und II um eine Auslese prognostisch günstigerer Verlaufsformen handelt oder ob bei Gruppe III zwar die gleichen krankheitsbedingten Voraussetzungen vorhanden waren, die bestehenden sozialen häuslichen Verhältnisse jedoch einen negativen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf ausübten, musste bei unserer Untersuchung offen bleiben. HARTMANN (1969) fand, dass sich eine abgeschlossene Berufsausbildung positiv auf die Ausgestaltung des Krankheitsverlaufes auswirke. Unsere Ergebnisse scheinen diese Annahme zu stützen. In den beiden Gruppen, in denen die Patienten zur Zeit der Nachuntersuchung noch berufstätig waren, hatten 78,6 % der Patienten eine abgeschlossene Lehre oder sie waren angelernte Arbeiter.

In der Gruppe mit überwiegend Rentnern war in immerhin 35,1 % der Fälle überhaupt keine Berufsausbildung erfolgt, oder die Ausbildung war abgebrochen worden.

Doch auch hier muss daran gedacht werden, dass eine günstigere Krankheitsanlage der Patienten der Gruppe I und II dieses Ergebnis beeinflusste.
Eine Kontrolle der beruflichen Tätigkeit des Einzelnen im Verlauf seiner Krankheit ergab, dass Facharbeiter, Angestellte, Handwerker und Unternehmer am längsten in ihrem Beruf tätig sein konnten (Abbildung 2a - c, Seite 24). Selbständige Handwerker und Unternehmer sicherlich deshalb, weil fähige Angestellte oder Angehörige die Verantwortung übernahmen, und die selbst nur noch gelegentlich berantende Funktionen ausübten.
So zum Beispiel der schon erwähnte Kaufmann, dessen Ehefrau das Geschäft weitgehend selbständig führte, er selbst hielt sich nur stundenweise dort auf und versuchte mitzuhelfen. Nach Aussagen der Ehefrau könne sie ihren Mann jedoch nicht unbeaufsichtigt lassen, da er sonst teure Ware bestelle, die nicht benötigt werde. Intellektuelle, vor allem Studenten und Akademiker, konnten schon nach kurzer Krankheitsdauer ihren Beruf nicht mehr ausüben. Einer unserer Patienten, der bei Krankheitsausbruch die Oberprima eines Gymnasiums besuchte, konnte 3 Jahre später, zur Zeit der Nachuntersuchung nur noch kleine Besorgungen, wie Brot einkaufen, für sehe Mutter erledigen.
Ein weiterer Patient, der das tiermedizinische Staatsexamen abgelegt hatte, konnte aufgrund seiner Krankheit nie

seinen Beruf ausüben. Er betätigte sich zu Hause lediglich etwas im Garten. Auch GASTAGER (1965) fand, dass unter Intellektuellen die Rehabilitationserwartung gering ist, da sie zu unbeweglich seien und nur schwer auf einen weniger differenzierten Beruf überwechseln wollten oder könnten. Vielleicht spielt hier eine Rolle, dass diese Menschen häufig in handwerklichen Dingen recht ungeschickt sind und deshalb keine passende Tätigkeit finden. So werden sie frühzeitig zu Rentnern.

Am längsten konnten sich verständlicherweise auch in unserer Untersuchung die Hilfsarbeiter an ihrem Arbeitsplatz halten. Ein Absinken des beruflichen Niveaus oder des sozialen Prestiges scheint in unserem derzeitigen Wirtschaftssystem nicht gleichbedeutend mit einem Absinken des Einkommens zu sein. (Tabelle 12, Seite 33).

Denn das Einkommen war nicht, wie erwartet, in 79,4 % der Fälle abgefallen, sondern nur in 4o,2 % der Fälle.

Da dies e Leute, die ihrem Berufsstand nach eigentlich zur niedrigsten Gesellschaftsschicht zählen müssten, durch unsere wirtschaftliche Lage als Hilfsarbeiter oft mehr verdienen als mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung, fühlten sich unsere Patienten keineswegs gesellschaftlich ausgestossen. Sie waren mit ihrer Situation recht zufrieden; sie hatten in der Mehrzahl der Fälle am allgemeinen Wohlstand teilgenommen. Die Grösse der Wohnung und die Wohnverhältnisse

hatten sich bei fast allen verbessert. Auch IRLE (1969) berichtet, dass 7o % seiner schizophrenen Patienten mit ihren Wohnverhältnissen zufrieden waren.

Um herauszufinden, ob Menschen einer bestimmten sozialen Schicht geradezu prädestiniert sind an Schizophrenie zu erkranken, verglichen wir die soziale Schicht unserer Patienten mit der ihrer Väter. Wir kamen zu dem Ergebnis, wie schon andere Autoren zuvor, z.B. GOLDBERG und MORRISON (1963), dass die sozial niedrige Schicht bei den Söhnen überrepräsentiert war, die Väter aber in den meisten Fällen nicht dieser Schicht angehörten (Abbildung 4, Seite 28). Wir sehen hieraus deutlich, dass unter der Krankheit ein sozialer Abstieg unaufhaltsam ist.

Ein Negativum scheint es, nach unserer Untersuchung, zu sein, wenn der Patient verheiratet ist. Denn bei den Verheirateten hatten wir in 54,9 % der Fälle einen beruflichen Abstieg zu verzeichnen, bei den Ledigen nur in 39,1 % der Fälle.

Ein beruflicher Aufstieg war unter der Krankheit bei den Ledigen immerhin noch in 19,6 % der Fälle erreicht worden, bei den Verheirateten waren es nur noch 3,8 % der Patienten. Zu berücksichtigen wäre hier allerdings, dass die noch ledigen Patienten in den allermeisten Fällen wesentlich jünger waren als die verheirateten, so dass dieses Ergebnis wahrscheinlich weniger vom Famlienstand als vom Alter ge-

prägt wurde.

Die jüngeren Patienten hatten ihre Krankheit noch nicht so lange, hatten also auch noch nicht so viele Schübe durchgemacht als die älteren und waren deshalb in ihrer beruflichen Entwicklung auch noch nicht so gehemmt. Es ist anzunehmen, dass dadurch der positive Einfluss des Ledigseins auf die berufliche Entwicklung nur vorgetäuscht wird. HARTMANN (1969) z.B. sah es aufgrund seiner Untersuchung als positiv an, wenn schizophren Kranke verheiratet waren. Im Gegensatz zu ledigen Patienten mussten die verheirateten länger nicht in stationäre Behandlung, und sie wurden erst spät dauerhospitalisiert. Ausser auf beruflichem Gebiet, auf dem die Vorteile des Ledigseins jedoch nicht endgültig bewiesen sind, brachte dieser Familienstand für die Patienten unserer Untersuchung wesentlich mehr Unzufriedenheit. Angaben über Frustrationen innerhalb der Wohngemeinschaft kamen zu rund 6o % aus den Reihen der Ledigen , zu nur 4o % wurden sie von den Verheirateten bejaht.

Die Zahl der ambulanten Rezidive lag bei allen Patienten weitaus höher als die Zahl der stationären Aufenthalte und die Zahl der krankheitsbedingten Arbeitsunterbrechungen. Bei näherem Befragen stellte sich heraus, dass die Rezidive vom Hausarzt durch höhere Dosen von Psychopharmaka häufig abgefangen werden konnten. Dies bestätigt zwar die Annahme, dass durch Medikamente der Verlauf der Psychose positiv

beeinflusst werden kann, und die Stabilität der Arbeitsfähigkeit verbessert werden kann (BAMDAS 1969), dass aber, wie zuvor schon festgestellt, die ausreichende Dosierung ein wichtiges Kriterium dabei ist.

In Übereinstimmung mit BLANKENBURG (1967) fanden wir, dass die Patienten sich ihrer Krankheit in den meisten Fällen wohl bewusst sind.

Bei uns empfanden 55,8 % eine krankheitsbedingte Persönlichkeitsänderung, und 54,2 % der Patienten fühlten sich zur Zeit der Nachuntersuchung psychisch krank; trotz dieses Krankheitsgefühls arbeiteten von diesen Patienten immerhin noch 45,7 %.

Ob man bei schizophren Kranken den Versuch einer Rehabilitation wagen kann, hängt vorwiegend von endogenen Faktoren, wie z.B. der Schwere der psychopathologischen Störungen, ab (TRAPPL et al. 1969). Da es aufgrund kliniksinterner Schwierigkeiten nur bei 4,7 % der Patienten möglich war, Rehabilitationsmassnahmen einzuleiten, sind unsere Zahlen zu gering, um eine brauchbare Aussage über Erfolg oder Misserfolg machen zu können.

Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass Schizophrene erlebnismässig und lernmässig nicht mehr fähig sind, ausbildungsdidaktischen Bemühungen zu folgen und somit vorzugsweise auf Einarbeitungsberufe umgeschult werden müssen (HÜLSMANN 197o).

PAULEIKHOFF (1969) fand, dass man die Situation sowohl des Kranken als auch der Krankheit genau kennen muss, um eine effektive Rehabilitation einleiten zu können.
Unsere Untersuchungen zeigen, dass ein sozialer Abstieg unter der Krankheit unaufhaltsam ist. Es hängt lediglich von äusseren Faktoren, wie z.B. einer regelmässigen und vor allen Dingen ausreichenden Dosierung der Medikamente ab, wie lange der Abstieg hinausgezögert werden kann.
Ein weiterer Punkt ist das Verständnis, das Angehörige und Arbeitgeber einem schizophren Kranken entgegenbringen. Durch ihr Verhalten lässt sich ein Absteigen verzögern, nicht jedoch aufhalten. Bei einem frühzeitigen Wechsel in einen weniger anspruchsvollen Beruf, lässt sich die Arbeitskapazität recht lange erhalten und somit im Sinne von GASTAGER (1965) einen positiven Rehabilitationserfolg erreichen. Da in unserem Wirtschaftssystem ein sozialer Abstieg keinesfalls auch eine finanzielle Einbusse bedeutet, empfinden die Kranken ihre Situation in den meisten Fällen als durchaus zufriedenstellend.
WALTHER (1968) machte in seiner Arbeit deutlich, dass jeder von uns eine gewisse Verantwortung gegenüber psychisch Kranken hat. Er meinte: " Der psychisch Kranke erkrankt in der Gesellschaft, und er muss und kann auch nur in der Gesellschaft gesunden. Das aber ist nur möglich, wenn sich die Gesellschaft ihrer Verantwortung für den psychisch

Kranken bewusst ist und gleichzeitig ihre Bereitschaft erkennen lässt, eigene Fehlhaltungen und Aversionen zu korrigieren.

8. Zusammenfassung

Es wird die Frage untersucht, welche Faktoren unter vielen die Arbeitskapazität bei chronisch schizophren Kranken positiv oder negativ beeinflussen, um daraus Rückschlüsse für Rehabilitationsmassnahmen ziehen zu können.
Um diese Frage beantworten zu können, haben wir eine katamnestische Untersuchung an 1o7 männlichen schizophrenen Patienten aus unserer Klinik angestellt. Bedingung war: die Patienten mussten schon mehrere Klinikaufenthalte hinter sich haben, der letzte musste zwischen 196o und 1968 gewesen sein.
Im Herbst 197o untersuchten wir die Patienten an Hand zweier Fragebögen mit zusammen 1o9 Positionen und vorgegebenen Antworten. Die so gewonnenen Antworten wurden schriftlich fixiert, auf Maschinenlochkarten übertragen und im Rechenzentrum ausgewertet. Um genauere Ergebnisse zu erhalten, teilten wir unsere Patienten in drei Gruppen:

Gruppe I Arbeitsaufnahme innerhalb 4 Wochen nach stationärer Behandlung.

Gruppe II Arbeitsaufnahme innerhalb 6 Monaten nach stationärer Behandlung.

Gruppe III gar nicht mehr gearbeitet oder nur nach Belieben ohne feste Anstellung.

Die Antworten der drei Gruppen verglichen wir untereinander und fanden dabei in der Mehrzahl der Fälle eine überwiegende

Übereinstimmung.

Alle unsere Patienten standen zu Beginn der Psychose in einem berufs- und erwerbsfähigen Alter. Bei allen bestand die Krankheit durchschnittlich 3-lo Jahre; der grösste Teil der Patienten war daher schon wenigstens 2-4 mal in klinischer Behandlung. Bis auf einen Patienten wurden alle Kranken während des Klinikaufenthaltes mit Psychopharmaka behandelt. (29 = 27,2 % der Patienten zusätzlich mit Elektrokrampfdurchflutung.)

Die Mehrzahl der Patienten nahm die verordneten Medikamente regelmässig und ohne Unterbrechung. Doch für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit scheint die ausreichende Dosierung, wozu auch die Regelmässigkeit der Einnahme gehört, massgebend zu sein. Die Gruppe der Frührentner scheint diese Aussage zu bestätigen, denn unter ihnen waren nur 8,1 %, die die Medikamente unregelmässig nahmen, aber mehr als die Hälfte nahm sie in nicht ausreichender Dosierung.

Trotz Psychopharmakaeinnahme verläuft der schizophrene Prozess weiterhin schubförmig oder episodenhaft, wie unsere Untersuchung zeigt. Die Zahl der Defektremittierten der Gruppe III war in dem Zeitraum zwischen letzter Klinikentlassung und Nachuntersuchung von 29,7 % auf 45,9 % angestiegen. In Gruppe I und II hingegen bedeutete die Diagnose Defekt nicht unbedingt das Ende der Arbeitsfähigkeit. Bei vielen Patienten hatte sich der psychische Zustand bis zur Nachuntersuchung soweit stabilisiert, dass wir sie als teil-

bzw. in vielen Fällen sogar als vollremittiert ansehen konnten. Wir fanden, dass Facharbeiter, Angestellte, Handwerker und Unternehmer am längsten in ihrem Beruf tätig sein konnten.

Dennoch waren von unseren Patienten durch ihre Krankheit 38 = 35,4 % schon Vollrentner geworden und 47 = 43,9 % beruflich abgestiegen. Das sind rund 8o % von Menschen, die beruflich unter ihrem Niveau leben und zu einer sozial tiefer stehenden Schicht gehören als ehemals.

Im Gegensatz dazu steht jedoch das Einkommen, das trotz sozialem Abstieg in vielen Fällen gleichgeblieben , in einigen sogar gestiegen ist.

So bedeutet ein sozialer Abstieg in unserem Wirtschaftssystem nicht unbedingt auch ein finanzieller Abstieg.

Aus diesem Grund lässt sich die soziale Remission nicht nur an der beruflichen Position messen, ebenso muss auch das reale Monatseinkommen bezogen zum Index auf Bundesebene berücksichtigt werden.

9. Literaturverzeichnis

1. BAMDAS, B.S.: Die Arbeitsfähigkeit schizophrener Kranker mit neuroseähnlicher Symptomatik. Sozialpsychiatrie 4 (1969), 115-12o

2. BISTER, W.: Mitweltliche Einflüsse auf das Symptombild bei Schizophrenen. Der Nervenarzt 35 (1964), 539-541

3. BISTER, W.: Umwelteinfluss und psychische Störung. Landarzt 42 (1966), 1131-1136

4. BLANKENBURG, W.: Der schizophrene " Defekt " in der Selbstwahrnehmung. in Fr. PANSE: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychose. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart (1967), 199-2o8.

5. BLEULER, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitige Beziehungen. Thieme Verlag Leipzig (1941)

6. BROWN, G.W., WING, J.K.: A comparative clinical and social survey of three mental hospitals. Mongraph No. 5. Sociological studies in the British National Health Service Univ. of Keele (1962)

7. BRYDE, G.: Der schizophrene Formenkreis. Landarzt 42 (1966) 89

8. COOPER, B.: Social class and prognosis in schizophrenia. Brit. J. prev. soc. Med. 15 (1961), 17-41

9. DUNHAM, H.W.: Community and schizophrenia. Detroit, Wayne State University Press (1965)

lo. FARIS, R.H., DUNHAM, H.W.: Mental disorders in urban areas. New York 196o

11. FRÖSHAUG, H., YTREHUS, A.: Prognosis in schizophrenia. Acta psychiat. and neurol. scand. 169 (1964)176-187

12. FULLER, R.G.: What happens to mental patients after discharge from hospital? Psychiat. Quart. 9, (1935) 95 zitiert nach RENTON et al. Acta psychiat. scand. 39 (1963)

13. GASTAGER, H.: Die Rehabilitation des Schizophrenen. Verlag Hans Huber Bern und Stuttgart (1965)

14. GASTAGER, H.: Soziodynamische Position in der Familie und ihre Auswirkung auf den Rehabilitationserfolg bei Psychosen. Sozialpsychiatrie 3 (1968), 129-132

15. GOLDBERG, E.M., MORRISON, S.L.: Schizophrenia and social class. Brit. J. Psychiat. 1o9 (1963), 785-8o2

16. GOLDBERG, D.: Rehabilitation of the chronically mentally ill in England. Social Psychiatrie 2, (1967), 1-13

17. HACKSTEIN, F.G.: Rehabilitation bei schizophrenen Defektzuständen. Der Nervenarzt 36 (1965), 14-18

18. HÄFNER, H.: Ein sozial-psychologisch-psychodynamisches Modell als Grundlage für die Behandlung symptomarmer Prozessschizophrenien. Sozialpsychiatrie 1 (1966/67), 33-37 und 288-96

19. HÄFNER, H.: Rehabilitation bei Schizophrenen. Der Nervenarzt 39 (1968), 385-389

2o. HÄFNER, H.: Modellvorstellungen in der Sozialpsychiatrie. Zeitschrift für Psychotherapie und med. Psychologie 19 (1969) 85-113

21. HÄFNER, H.: Schizophrenie und Umweltfaktoren. Vorgetragen auf der 87. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater 5.-6. Juni 1971 Baden-Baden

22. HARTMANN, W.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 212 (1969) 382

23. HEINRICH, K.: Methoden der sozialpsychiatrischen Rehabilitation schizophrener Kranker durch die Nervenklinik. Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 6 (1969), 474-48o

24. HOLLINGSHEAD, A.B., REDLICH, F.C.: Social class and mental illness. New York, Wiley (1958)

25. HÜLSMANN, P.: Neue Wege zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker. Prinzipien aus der Sicht der Arbeitsvermittlung. Der Nervenarzt 39 (197o), 131

26. IRLE, G.: Wiedereingliederung des gebesserten Schizophrenen in Beruf und Familie. Landarzt 42 (1966), 1o9-114

27. IRLE, G., PÖRKSEN, N.: Soziale Integration bei wieder und nicht wiedererkrankten Schizophrenen aus eigener Sicht. Der Nervenarzt 42 (197[illegible]) 466; 516

28. JUNGJOHANN, E.E.: Patientenselektion zur Aufnahme in eine Tagesklinik als Alternative zur stationären Behandlung in einem Landeskrankenhaus. Der Nervenarzt 4o (1969), 82-87

29. KAYSER, H.: Prägungseffekte langer Hospitalisation. Spezielle Formen des Anstaltssyndroms. Vorgetragen auf der 87. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater 5.-6. Juni 1971 Baden-Baden

3o. KISKER, K.P.: Der Egopath; Problemkind der Familienforschung bei Schizophrenen. Sozialpsychiatrie 2 (1968), 19-23

31. KLAGES, W.: Spätmanifestationen schizophrener Psychosen. Med. Klinik 58 (1963), 1289-1293

32. KULKA, A.: Statistische Untersuchungen über entlassene Schizophrene aus einem Stadt-Landkreis von 339.ooo Einwohnern. in Fr. PANSE: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychose. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart (1967)

33. MALANUD, W.,et al.: The involutional psychoses. A sociopsychiatric follow up study. Amer. J. Psychiat. 1o5 (1949), 567 Zitiert nach RENTON et al. Acta psychiat. scand. 39 (1963)

34. MOORE, H., KLEINING, G.: Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Westdeutscher Verlag Köln-Opladen (196o)

35. OLKINUORA, M., RUTANEN, E.: The working capacity of schizophrenic outpatients. Psychiat. fenn. (197o) 135-142

36. PAULEIKHOFF, P.: Zur Rehabilitation chronisch Wahnkranker. Sozialpsychiatrie 8 (1969)

37. POHLMANN, E.: Katamnestische Untersuchungen Schizophrener 4 Jahre nach Beendigung einer Insulinkur. Psychiatrie 12o (1941), 386-4oo

38. RENTON, C.A., AFFLECK, J.W., CARSTAIRS, G.G., FORREST, A.D.: A follow up of schizophrenic patients in Edinburgh. Acta psychiat. scand. 39 (1963), 548-6oo

39. STROTZKA, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Rowohlts deutsche Enzyklopädie (1965)

4o. TRAPPL, R, HEISS, W.D., BRUCK, J.: Rehabilitationsprognose chronisch Schizophrener: Anwendungsbeispiele statistischer Verfahren in der Psychiatrie. Der Nervenarzt 4o (1969) 264-268

41. VIEFHUES, H.: Nachsorge und Rehabilitation. Therapiewoche 21 (1963), 1o34

42. WALTHER, R.: Zur Wertigkeit einiger Sozialfaktoren für die soziale Reintegration Schizophrener. Der Nervenarzt 39 (1968) 389-393

43. WING, J.K.: Five year outcome in early schizophrenia. (Abridged) Proc. Royal Soc. Med. 59 (1966),17-18

44. WING, J.K.: Soziale Einflüsse auf den Verlauf schizophrener Erkrankungen in ihrer Bedeutung für die Planung psychiatrischer Einrichtungen. Vorgetragen auf der 87. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater 5.-6. Juni 1971 Baden-Baden

45.WINKLER, W. TH.: Arbeits-Beschäftigungs- und Milieu-Therapie und Probleme der Resozialisierung. in " Seelische Störungen " Umschau Verlag (1969)

46. ZERSSEN, D., VOGT-HEYDER, B.: Schwierigkeiten und Gefahren bei der Rehabilitation Schizophrener. Zeitschrift für Psychotherapie und med. Psychologie 19 (1969), 126-135

Herrn Professor Dr. med, M.-L. ALLERT möchte ich für die Überlassung des Themas sowie für die Beratung bezüglich der Patientennachuntersuchung und für die Durchsicht und Korrektur der Arbeit herzlich danken.

Herrn Professor Dr. med. H.-H. MEYER danke ich, dass ich in den Räumen seiner Klinik arbeiten durfte und für die Durchsicht und Befürwortung der Arbeit.

Lebenslauf

Am 13. 12. 1944 wurde ich als Tochter des praktischen Arztes Dr. med. Werner Mörschel und seiner Ehefrau Herta, geb. Wagner, in Heidelberg geboren.
Die Volksschule besuchte ich von 1951 bis 1955 in Pirmasens, hier trat ich 1955 in das Staatliche Neusprachliche Gymnasium ein, an dem ich 1966 das Reifezeugnis erhielt.

Im Sommer-Semester 1966 begann ich in Heidelberg das Studium der Biologie, um im Winter-Semester 1966/67 zum Medizinstudium überwechseln zu können. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich 1969. Anschliessend studierte ich an den Universitätskliniken Homburg der Universität des Saarlandes und absolvierte dort 1972 das Staatsexamen.
Seit 1. 1. 1973 bin ich an den Städtischen Krankenanstalten in Darmstadt als Medizinalassistentin tätig.